

RICHIESTA COPIA CARTELLA CURE DOMICILIARI

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di: diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di:

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____
residenza (se diversa) _____ codice fiscale _____

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme:

- della propria cartella Cure Domiciliari attivata il
- della cartella Cure Domiciliari attivata il relativa al Sig./a
nato/a il residente a Via

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

(da compilare solo se la cartella si riferisce a persona diversa dal richiedente)

Di essere:

- esercente la potestà genitoriale dell'intestatario della cartella Cure Domiciliari
- tutore del minore dell'intestatario della cartella Cure Domiciliari
- tutore dell'interdetto dell'intestatario della cartella Cure Domiciliari
- amministratore di sostegno dell'intestatario della cartella Cure Domiciliari
- erede dell'intestatario della cartella Cure Domiciliari
- coniuge dell'intestatario della cartella Cure Domiciliari e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella Cure Domiciliari è impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- figlio/a (solo in assenza del coniuge) dell'intestatario della cartella Cure Domiciliari e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella Cure Domiciliari è impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella Cure Domiciliari è impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;

- SI IMPEGNA** al ritiro della cartella dopo aver effettuato il pagamento presso le casse degli Sportelli centrali o periferici multifunzionali ASL CN1 relativa al costo di riproduzione della cartella ADI maggiorato in caso di richieste di accesso relative a cartelle redatte oltre 10 anni prima della formulazione dell'istanza

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1., esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

.....li Firma del richiedente
(per esteso)

A cura dell'Ufficio che riceve la documentazione

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

Visto si autorizza il rilascio
Il Direttore del Distretto di
Dott.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo viene utilizzato per richiedere copia della Cartella Cure Domiciliari.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La richiesta è presentata dall'interessato, o in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- amministratore di sostegno
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

- a) Consegnato alla Centrale Operativa territorialmente competente o allo Sportello multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore, indicando il Distretto di residenza*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, indicando il Distretto di residenza*

(*nel caso in cui l'utente scelta la modalità di consegna di cui al punto a) l'operatore di Sportello procederà alla rilevazione del n. di carta d'identità compilando la parte: "Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data Il dipendente addetto").

Avvertenze

- si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Per il ritiro della documentazione occorre presentare la ricevuta del pagamento effettuato presso le casse degli Sportelli centrali o periferici multifunzionali ASL CN1 relativa al costo di riproduzione della cartella ADI maggiorato in caso di richieste di accesso relative a cartelle redatte oltre 10 anni prima della formulazione dell'istanza

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Il Personale del Distretto territorialmente competente, in seguito a verifica di conformità della richiesta ed autorizzazione al rilascio da parte del Direttore/Dirigente Medico del Distretto, provvede alla predisposizione della documentazione richiesta e alla relativa consegna.

TEMPO DI RISPOSTA:

- 5 giorni lavorativi se trattasi di cartella Cure Domiciliari in corso d'anno;
- 10 giorni lavorativi se trattasi di cartella Cure Domiciliari a deposito.

RIFERIMENTI/LINK

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/assistenza-domiciliare/
------------------	---