



**\*\* Allegare fotocopia controfirmata di un documento di riconoscimento fronte/retro in corso di validità dell'intestatario, nonché le certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario – IN ASSENZA DI TALI DOCUMENTI AL MOMENTO DEL RITIRO LA DOCUMENTAZIONE NON POTRA' ESSERE CONSEGNATA\*\***

Alla Direzione Sanitaria della sede: .....

Io sottoscritto (nome e cognome) .....  
nato a ..... (.....) il ..... /..... /..... CF.....  
residente in (Comune, Provincia, Stato) ..... (.....)  
(indirizzo).....N. ....CAP.....  
(compilare solo se diverso dalla residenza) domiciliato in (Comune, Provincia, Stato) ..... (.....)  
(indirizzo).....N. ....CAP.....  
n. cell ..... e-mail .....  
tipo documento.....n.....rilasciato da.....scad.....  
in qualità di:  intestatario  avente diritto (compilare anche Mod.A)  persona delegata (compilare anche Mod.B)

Chiede il rilascio di n°..... copia/e conforme/i della:

propria documentazione  
 documentazione del paziente:  
(nome e cognome) .....  
nato a ..... (.....) il ..... /..... /..... CF .....  
residente in (Comune, Provincia, Stato) ..... (.....)  
(indirizzo).....N. ....CAP.....

Relativa a:

CARTELLA CLINICA per ricovero in: ..... dal ..... al .....  
(Costi per il rilascio **35,00 euro** a copia per cartella fino a 120 fogli + **0,50 euro** per ogni pag. aggiuntiva dal 121° foglio in poi)  
 CARTELLA AMBULATORIALE – APA – PAC RELATIVA A: ..... dal ..... al .....  
(Costi per il rilascio **25,00 euro** a copia per cartella)  
 REFERTO ESAME DIAGNOSTICO RELATIVO A: ..... del .....  
(Costi per il rilascio **5,00 euro** per referto)  
 COPIA ESAME DIAGNOSTICO SU CD/DVD RELATIVO A: ..... del .....  
(Costi per il rilascio **10,00 euro** per referto)  
 CERTIFICATO MEDICO DI .....  
(Costi per il rilascio **20,00 euro** per certificato)  ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA .....  
(Costi per il rilascio **5,00 euro** per singola documentazione)

a 30 giorni dalla data di richiesta  
 a 7 giorni dalla data di richiesta  
**NB. si precisa che la documentazione disponibile in tale tempistica potrebbe risultare incompleta**

con:

PROCEDURA ORDINARIA ENTRO I TERMINI PREVISTI DALLA LEGGE (L. N. 241/90 E SS. MM. E II.) RITIRO IN SEDE  
 SPEDIZIONE A MEZZO SERVIZIO POSTALE CON COSTO AGGIUNTIVO DI **15,00 euro** presso l'indirizzo:  
 di residenza  di domicilio  
Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite della raccomandata postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, etc...)

....., lì ..... Firma (estesa e leggibile) .....

<b>Riservato all'ufficio</b> Data ..... N. prot. Richiesta ..... Operatore ..... Firma Operatore .....	Rilasciato il ..... Spedito il ..... Operatore .....
--	--



## MODULO A

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

## AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000

DA COMPILARE SOLO SE LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA SI RIFERISCE A PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE

Io sottoscritto (nome e cognome) .....

nato a ..... (.....) il ..... /..... /..... CF.....

residente in (Comune, Provincia, Stato) ..... (.....)

(indirizzo).....N. ....CAP.....

(compilare solo se diverso dalla residenza) domiciliato in (Comune, Provincia, Stato) ..... (.....)

(indirizzo).....N. ....CAP.....

n. cell ..... e-mail .....

tipo documento..... n.....rilasciato da.....scad.....

(allegare copia fronte/retro del documento alla dichiarazione)

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITÀ NEGLI ATTI  
DI CUI ALL'ART.76 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000 E SS. MM. E II.

## DICHIARA DI RICHIEDERE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA A:

nome e cognome .....

nato a ..... (.....) il ..... /..... /..... CF .....

residente in (Comune, Provincia, Stato) ..... (.....)

(indirizzo).....N. ....CAP.....

## IN QUANTO:

- legittimo erede dell'intestatario/a della cartella clinica (paziente deceduto il .....) \*\*
- coniuge e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute \*\*
- figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta 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 clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente richiesta per ragioni connesse allo stato di salute\*\*
- esercente la potestà genitoriale dell'intestatario/a della cartella clinica\*\*
- tutore dell'interdetto/a intestatario/a della cartella clinica\*\*
- amministratore di sostegno se espressamente abilitato dal decreto di nomina\*\*
- tutore del minore intestatario/a della cartella clinica\*\*
- nello stato di necessità e di urgenza sanitaria (art. 20, l. 31/12/1996, n. 675 e ss. mm. e ii.) \*\*
- altro (specificare) \_\_\_\_\_ \*\*

**\*\*NB: E' NECESSARIO CONSEGNARE AL MOMENTO DEL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA RICHIESTA  
COPIA DELLE CERTIFICAZIONI ATTESTANTI LA TITOLARITA' ALLA RICHIESTA COSI' COME SOPRA DICHIARATA.  
IN ASSENZA DI TALE CERTIFICAZIONE, LA RICHIESTA NON POTRA' ESSERE EVASA E LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
NON POTRA' ESSERE CONSEGNATA.**

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), la informiamo che i Suoi dati personali saranno trattati dal Gruppo INI, Titolare del trattamento, al solo fine di riscontrare la sua richiesta di documentazione sanitaria per conto di terzi. Il conferimento dei Suoi dati personali è libero, tuttavia il mancato conferimento degli stessi ci impedirà di riscontrare la sua richiesta. I Suoi dati saranno trattati con modalità informatiche identiche a quelle utilizzate per garantire un'adeguata sicurezza e protezione dei dati del soggetto per conto del quale formula la richiesta e per il medesimo arco temporale. Le ricordiamo infine che, ai sensi degli articoli 15 e ss. del GDPR, lei ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati che la riguardano, di ottenere l'indicazione dell'origine e delle finalità e modalità del trattamento, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati nonché la cancellazione dei dati trattati in violazione di legge o qualora sussista uno dei motivi specificati dall'articolo 17 del GDPR. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso la sede nella quale è stato effettuato il ricovero e/o la prestazione e consultabile sul sito web del Gruppo INI all'indirizzo [www.gruppoini.it](http://www.gruppoini.it).

\_\_\_\_\_ , lì \_\_\_\_\_

Firma leggibile del richiedente per esteso \_\_\_\_\_



MODULO B  
**DELEGA RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (.....) il..... residente in ..... (.....)  
in via..... n°.....  
documento di riconoscimento.....n°.....  
rilasciato da .....il ..... valido fino al .....

**DELEGA**

Nome e cognome .....  
nato/a a ..... (.....) il..... residente in ..... (.....)  
in via..... n°.....  
documento di riconoscimento.....n°.....  
rilasciato da .....il ..... valido fino al .....

**(si allega copia fronte-retro del documento di riconoscimento valido controfirmato del delegante e del delegato)**

a **RICHIEDERE** per mio nome e mio conto copia della documentazione sanitaria relativa a  
.....  
.....

Con la sottoscrizione del presente documento, anche ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 (“GDPR”):

- a) La/Il Delegante riconosce che il Gruppo INI è già in possesso dei dati indicati nel presente modulo e di esser già stata/stato edotta/adotto circa le finalità e le modalità di trattamento dei dati e che l’eventuale comunicazione da parte della/del delegante di dati aggiornati costituisce esercizio del diritto ex art. 16 GDPR di rettifica e integrazione dei dati già trattati dal Gruppo INI in qualità di titolare del trattamento;
- b) La/il Delegante autorizza il Gruppo INI a trasmettere, comunicare o rendere comunque disponibili al Delegato come individuato nel presente modulo tutti i dati personali e le informazioni necessarie al fine di adempiere alla delega ricevuta;
- c) La/il Delegata/o riconosce che il Gruppo INI tratta i suoi dati personali sopra riportati: (i) al solo fine della corretta e legittima verifica, esecuzione e documentazione delle attività connesse alla delega ricevuta dal delegato; (ii) con modalità informatiche identiche a quelle utilizzate per garantire un’adeguata sicurezza e protezione dei dati della/del delegante in quanto propria/o associata/o; (iii) insieme al fascicolo della/del Delegante e per il medesimo arco temporale.

..... , li .....

Firma del delegante .....

Firma del delegato .....

**Riservato all’ufficio**

Rif. n. prot. richiesta copia doc sanitaria \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_

Firma Operatore \_\_\_\_\_



MODULO C  
**DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (.....) il..... residente in ..... (.....)  
in via..... n°.....  
documento di riconoscimento.....n°.....  
rilasciato da .....il ..... valido fino al .....

**DELEGA**

Nome e cognome .....  
nato/a a ..... (.....) il..... residente in ..... (.....)  
in via..... n°.....  
documento di riconoscimento.....n°.....  
rilasciato da .....il ..... valido fino al .....

**(si allega copia fronte-retro del documento di riconoscimento valido controfirmato del delegante e del delegato)**

a ritirare in mia vece copia della documentazione sanitaria richiesta in data .....

Con la sottoscrizione del presente documento, anche ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 (“GDPR”):

- a) La/Il Delegante riconosce che il Gruppo INI è già in possesso dei dati indicati nel presente modulo e di esser già stata/stato edotta/adotto circa le finalità e le modalità di trattamento dei dati e che l’eventuale comunicazione da parte della/del delegante di dati aggiornati costituisce esercizio del diritto ex art. 16 GDPR di rettifica e integrazione dei dati già trattati dal Gruppo INI in qualità di titolare del trattamento;
- b) La/il Delegante autorizza il Gruppo INI a trasmettere, comunicare o rendere comunque disponibili al Delegato come individuato nel presente modulo tutti i dati personali e le informazioni necessarie al fine di adempiere alla delega ricevuta;
- c) La/il Delegata/o riconosce che il Gruppo INI tratta i suoi dati personali sopra riportati: (i) al solo fine della corretta e legittima verifica, esecuzione e documentazione delle attività connesse alla delega ricevuta dal delegato; (ii) con modalità informatiche identiche a quelle utilizzate per garantire un’adeguata sicurezza e protezione dei dati della/del delegante in quanto propria/o associata/o; (iii) insieme al fascicolo della/del Delegante e per il medesimo arco temporale.

..... , li .....

Firma del delegante .....

Firma del delegato .....

**Riservato all’ufficio**

Rif. n. prot. richiesta copia doc sanitaria \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_

Firma Operatore \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 (di seguito indicato come “Regolamento”).

### 1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

- **Dati Personali:** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile (“Interessato”); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all’ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.
- **Titolare:** Gruppo INI S.p.a. che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati dell’Interessato.
- **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l’autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati per conto del Titolare.
- **Interessato:** il soggetto delegato a cui i dati inseriti nel modulo di delega si riferiscono.
- **Data Protection Officer (DPO):** il soggetto designato dal Gruppo INI quale responsabile della protezione dei dati.

### 2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I Dati Personali possono essere raccolti e trattati dal Gruppo INI per la corretta e legittima verifica, esecuzione e documentazione delle attività connesse alla delega ricevuta dal delegato.

I Dati sono raccolti direttamente presso l’interessato al momento della presentazione della delega a cui questa informativa è allegata.

### 3. BASE GIURIDICA

Il trattamento viene effettuato in quanto necessario all’accertamento dell’identità del delegato per consentire al Titolare di adempiere agli obblighi legislativi in materia di previdenza e assistenza verso il soggetto associato che conferisce la delega.

### 4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati.

### 5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati sono conservati dal Titolare, anche per il tramite di soggetti terzi a cui sono stati comunicati ai sensi dei successivi paragrafi 7 e 8, insieme al fascicolo del soggetto associato che conferisce la delega e per il medesimo arco temporale per il quale viene conservato detto fascicolo.

### 6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL’ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all’interno dell’Unione Europea. I Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell’Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l’ubicazione degli archivi e dei server in Italia e/o nell’Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d’ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

### 7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All’interno del Gruppo INI, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati sono i propri dipendenti e collaboratori.

Per lo svolgimento di talune delle attività relative al trattamento dei Suoi Dati, e sempre per le finalità di cui al punto 2, il Gruppo INI potrà comunicare tali dati a società o enti esterni di fiducia, in qualità di autonomi “Titolari”, salvo il caso in cui siano stati designati dal Gruppo INI quali “Responsabili” dei trattamenti di loro specifica competenza.

### 8. DIRITTI DELL’INTERESSATO

Ai sensi del Regolamento l’Interessato ha il diritto di accedere ai propri Dati, in particolare ottenere in qualunque momento la conferma dell’esistenza o meno degli stessi e di conoscerne il contenuto, l’origine, l’ubicazione geografica, nonché di chiederne copia.

L’Interessato ha altresì il diritto di verificarne l’esattezza o chiederne l’integrazione, l’aggiornamento, la rettifica, la limitazione del Trattamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso al loro trattamento. Inoltre, l’Interessato ha il diritto di chiedere la portabilità dei dati e di proporre reclamo all’autorità di controllo.

### 9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l’Interessato potrà rivolgersi al Titolare via e-mail all’indirizzo [info@gruppoiini.it](mailto:info@gruppoiini.it) o inviando una lettera a INI SpA – Via Vittorio Emanuele Orlando, n.83 – 00185 Roma.

Il termine per la risposta all’Interessato è di trenta giorni, estendibile fino a due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all’interessato entro il termine di trenta giorni.

L’esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il diritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

### 10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L’Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all’Autorità Garante Privacy, contattabile al sito web <http://www.garanteprivacy.it/>.

**Modalità di richiesta:**

Per richiedere la copia conforme della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria e/o di esami diagnostici su supporto elettronico, occorre presentare la richiesta:

- direttamente presso la sede nella quale è stato effettuato il ricovero e/o la prestazione
- per **posta elettronica** al seguente indirizzo [referti@gruppoiini.it](mailto:referti@gruppoiini.it)
- per **pec** al seguente indirizzo [ini@pec.gruppoiini.it](mailto:ini@pec.gruppoiini.it) o [villa.alba@pec.gruppoiini.it](mailto:villa.alba@pec.gruppoiini.it)

La richiesta potrà essere presentata debitamente compilata, firmata e corredata della copia fronte/retro dei documenti di riconoscimento da:

- il paziente
- un delegato
- un avente diritto.

In tutti i casi, occorrerà trasmettere:

- Il modulo di richiesta debitamente compilato in ogni campo con copia fronte/retro del documento di riconoscimento del richiedente e del paziente (qualora quest'ultimo sia soggetto diverso dal richiedente)
- Delega o dichiarazione sostitutiva di certificazione (qualora il richiedente sia soggetto diverso dal paziente)
- Numero di telefono del richiedente ed eventuale indirizzo e-mail
- Documentazione attestante l'avvenuto pagamento delle spese di riproduzione e di invio a mezzo raccomandata ai costi indicati nel modulo di richiesta mediante:
  - Pagamento presso le casse delle strutture del Gruppo INI;
  - Bonifico bancario utilizzando le seguenti coordinate bancarie  
**INI SpA**  
IBAN: IT82G0306903213074000003805  
Banca INTESA SAN PAOLO  
SEDE DI VIA PARIGI –ROMA
  
**Villa Alba Srl**  
IBAN: IT54D0306903213074000003802  
Banca INTESA SAN PAOLO  
SEDE DI VIA PARIGI –ROMA
  
avendo cura di indicare nella causale Nome, Cognome, Codice Fiscale del paziente, sede ove sono state erogate le prestazioni, periodo delle prestazioni, tipologia prestazione;- Vaglia postale.

**N.B: in assenza di modulo debitamente compilato, documento di identità dell'avente diritto, certificazione comprovante il titolo e copia di ricevuta del pagamento, la richiesta non potrà essere evasa.**

Non è prevista la possibilità di inoltrare i moduli di richiesta per mezzo fax.

Anche per il ritiro di persona è previsto il pagamento anticipato del dovuto.

Le copie richieste e non ritirate allo sportello dell'Ufficio Cartelle Cliniche verranno distrutte 6 mesi (180 giorni) dopo la stampa. La richiesta verrà pertanto chiusa d'ufficio come non evasa e, nel caso di necessità, la richiesta andrà ripresentata ex novo.

Il ritiro della copia conforme all'originale avverrà entro i termini previsti dalla normativa vigente.

La consegna della documentazione clinica richiesta potrà essere ritirata dalla persona delegata esclusivamente in caso di:

1. corretta compilazione della Richiesta Copia Documentazione Sanitaria (INI\_P048 – All.02 – pag.1)
2. corretta compilazione del Modulo B e del Modulo C da parte del delegante
3. copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del delegato
4. copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del delegante.

In caso di richiedente avente diritto, diverso dal paziente, è obbligatoria la corretta compilazione della richiesta di cui al punto 1 che precede, oltre alla corretta compilazione dell'autodichiarazione di cui al Modulo A unitamente alla copia/fronte retro del documento di identità del richiedente.

\*\*\*\*