



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Linee Guida Aziendali per l'esercizio del diritto di accesso
documentale, civico semplice e civico generalizzato

Modulo 3 – Richiesta documentazione sanitaria
ambulatoriale

All'Azienda USL di Bologna,
Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna
protocollo@pec.ausl.bologna.it

oppure

Struttura _____

E-mail _____

La/il sottoscritta/o* CARLA ZANDI
nata/o a* MOLINELLA () il 19/05/1974, residente in* MARMORIA DI
MOLINELLA (BO) CAP 40062 Via FIORE VECCHIO n. 240
E-mail/PEC CARLAZANDI2@LIBERO.IT Tel./Cell. 331/15351311

in qualità di*

- Interessato
 delegato dal soggetto di seguito identificato^{1**}
 legale rappresentante del soggetto di seguito identificato^{2**}
 erede del soggetto di seguito identificato^{3**}
 altro soggetto legittimato _____

CHIEDE

- rilascio di copia semplice di originale rilascio di copia autenticata Carla Zandi

di documentazione sanitaria ambulatoriale relativa alla prestazione DEL CSN DI BUORIO *
eseguita in data 7/7/2020 presso l'Unità Operativa BUORIO

**riferita al (alla) sign.(ra)* CARLA ZANDI
nato/a* a MOLINELLA (BO) il 19/05/1974, residente in* MARMORIA
(BO) CAP 40062 Via FIORE VECCHIO, 240 n. _____

Motivo della richiesta*:

(compilare solo se il richiedente è persona diversa dall'interessato)

* CON RIFERIMENTO IN PARTICOLARE DELL'ATTO SCRITTO
REDATTO DAL DOT. RE SAVOIA PER MEZZO DEL QUALE HA
RICHIESTO IL RICOVERO PSICHIATRICO ALL'OSPEDALE DI SAN GIOVANNI
IN PERSICETO (BO) CHIEDE INOLTRE

Di ricevere la documentazione sanitaria ambulatoriale richiesta tramite⁴:

- PEC: _____
 Raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo⁵: via _____
n. _____ CAP _____ Comune _____ ()

* Dati Obbligatori

¹ Compilare e allegare all'istanza il Modulo 13 – Delega

² Compilare e allegare all'istanza il Modulo 14 – Dichiarazione sostitutiva di certificazione.

³ Compilare e allegare all'istanza il Modulo 15 - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – Erede

⁴ Contrassegnare l'opzione scelta ed indicare il recapito.

⁵ Da compilare solo se diverso da quello di residenza.

Data di emissione: data di deliberazione delle Linee Guida Aziendali

Data di applicazione: data di deliberazione delle Linee Guida Aziendali

N. Rev. 2

Pag. 58 di 83



- Consegna al sottoscritto richiedente.
 In formato digitale, su supporto informatico oppure In formato cartaceo.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informata/o sulle modalità di pagamento mediante bonifico bancario (Iban: IT42A0306902480100000046067) e sulle tariffe applicabili per eventuali spese sostenute dall'Azienda USL per la riproduzione dei documenti sanitari e sociosanitari, per eventuali supporti informatici richiesti e per eventuali spese di spedizione non elettroniche o telematiche;
- di aver preso atto che la documentazione richiesta e non ritirata entro 30 giorni, in assenza di espressa comunicazione di impedimento da parte del dichiarante, determinerà lo smaltimento della stessa entro i successivi 30 giorni;
- di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali di seguito riportate.
- Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i..

Luogo, data 22/01/2024

Carlo Farudi

Firma (leggibile) del richiedente

(Allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità. Il documento del richiedente non va trasmesso se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata o con firma elettronica avanzata e se inoltrata dal domicilio digitale (PEC-ID). Il documento va trasmesso se la richiesta è inoltrata con PEC.)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI FORNITI CON LA RICHIESTA, AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Bologna con sede in Via Castiglione, n. 29 – 40124 – Bologna – telefono 051-6584910, PECprotocollo@pec.ausl.bologna.it

2. Responsabile della Protezione Dati

Il Responsabile della Protezione Dati è raggiungibile al seguente indirizzo: Azienda USL di Bologna – c/o IRCCS Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna e-mail dpo@aosp.bo.it PEC dpo@pec.aosp.bo.it

3. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall'Azienda USL di Bologna nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali per adempiere agli obblighi derivanti dalla disciplina in materia di accesso, in particolare al fine di fornire riscontro all'istanza di accesso, nonché, ricorrendone i presupposti, per tutelare in sede giudiziaria i propri diritti. Conseguite le finalità per le quali sono trattati, i dati personali possono essere conservati per periodi più lunghi in base alla disciplina vigente in materia archivistica come per altro definito dalla Delibera Aziendale n. 91 del 7/3/2019 di approvazione del nuovo massimario di conservazione e scarto.

4. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

5. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili del trattamento o Autorizzati del trattamento

Potranno venire a conoscenza dei dati personali dipendenti, collaboratori dell'Azienda USL e soggetti, anche esterni, che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili del trattamento o Autorizzati del trattamento.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati solo se ricorrono casi e/o condizioni previsti e disciplinati dalla normativa vigente.

6. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo

Data di emissione: data di deliberazione delle Linee Guida Aziendali	N. Rev. 2	Pag. 59 di 83
Data di applicazione: data di deliberazione delle Linee Guida Aziendali		