

**Allegato B - MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER NON TITOLARI**

Il/la sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_, NOME \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,

Prov. \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Esercente la potestà genitoriale sull'intestatario della documentazione sanitaria,  
congiuntamente a \_\_\_\_\_,  
(In caso di richiesta unilaterale la dichiarazione dovrà essere accompagnata da autorizzazione da parte dell'altro esercente la potestà genitoriale o dichiarazione sostitutiva da parte del richiedente che attesti la conoscenza di detta istanza da parte dell'altro esercente; in assenza di tale autorizzazione o dichiarazione va enunciato l'interesse giuridico che si intende perseguire alla base della richiesta. Motivazione \_\_\_\_\_ )
- Tutore/curatore dell'intestatario/amministratore di sostegno (allegare la documentazione comprovante la situazione di rappresentanza);
- Erede dell'intestatario della documentazione sanitaria.  
(La dichiarazione dovrà essere accompagnata da autorizzazione da parte dei coeredi o dichiarazione sostitutiva da parte del richiedente che attesti la conoscenza di detta istanza da parte dei coeredi; in assenza di tale autorizzazione o dichiarazione va enunciato l'interesse giuridico che si intende perseguire alla base della richiesta. Motivazione \_\_\_\_\_ )

Del titolare della documentazione sanitaria (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Il presente modulo ha validità di autodichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 dei dati e fatti ivi riportati. Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci o fornisca atti falsi incorrerà nelle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'Azienda sanitaria Locale di Viterbo, in qualità di Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta di accesso agli atti secondo le disposizioni di legge ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi. È fatta salva la possibilità di un ulteriore indirizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

Il conferimento dei dati personali contrassegnati con l'asterisco è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta. Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi. I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento. Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti all'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda sanitaria Locale di Viterbo – in qualità di Titolare del trattamento – Via E. Fermi, 15 – 01100 – Viterbo, oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer – DPO ) dell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo, - e-mail: [dpo@asl.vt.it](mailto:dpo@asl.vt.it).