



**“CASA LANER”**  
**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA**  
**FOLGARIA**

**G\_PR008.A1**  
Rev 02  
del 16/10/2018

1

Alla c.a del Medico  
A.P.S.P. “Casa Laner”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con la presente

chiede copia della seguente documentazione:

- Cartella Sanitaria
- Esami ematici
- Referti visite specialistiche
- Altro \_\_\_\_\_;

- dello stesso
- dell’Ospite \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_

In fede,

Data, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

---



**“CASA LANER”**  
**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA**  
**FOLGARIA**

**G\_PR008.A1**  
Rev 01  
del 05/02/2018

2

**INFORMATIVA “BREVE” SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – Art. 13 reg. UE 2016/679**

**Titolare del trattamento:** A.P.S.P. “Casa Laner” con sede in Folgaria (TN);

**Finalità del trattamento:** adempimento delle funzioni istituzionali strettamente correlate all’esercizio di poteri e facoltà di cui la nostra Amministrazione è competente;

**Base del trattamento:** esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso all’esercizio di pubblici poteri;

**Trattamento di categorie particolari di dati personali:** il trattamento potrebbe riguardare dati rientranti nelle “categorie particolari di dati personali” (informazioni relative allo stato di salute). La base giuridica del loro trattamento è rappresentata dalla necessità di dare esecuzione ad un obbligo di legge e/o eseguire un compito di interesse pubblico connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;

**Modalità del trattamento:** tutti i dati sono trattati in forma cartacea ed elettronica e protetti mediante misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR;

**Obbligatorietà del conferimento:** il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. Il mancato conferimento comporta per l’Amministrazione l’impossibilità di rispondere in tutto o in parte alle richieste presentate dagli interessati e dare esecuzione a quanto di propria spettanza;

**Comunicazione, diffusione e destinatari:** i dati possono essere comunicati ai soli terzi legittimati. I dati comunicati non saranno trasferiti extra UE. La loro diffusione avrà luogo solo laddove previsto da un obbligo di legge. I dati possono essere conosciuti dal titolare, dai responsabili del trattamento, dagli incaricati del trattamento appositamente istruiti. Oltre ai soggetti appena specificati i dati conferiti potranno essere trattati da parte di soggetti terzi, nominati responsabili del trattamento nella misura in cui ciò sia necessario per l’espletamento dell’attività da essi svolta a favore dell’Ente e nei limiti dei profili di autorizzazione per essi individuati. Il loro elenco è sempre accessibile presso la sede del titolare;

**Durata del trattamento e periodo di conservazione:** i dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto in essere tra le parti e saranno conservati per il tempo di legge;

**Diritti dell’interessato:** l’interessato o un suo rappresentante può esercitare, senza particolari formalità, i diritti previsti dagli artt. 15 e segg. del Re. UE 16/679 rivolgendosi al titolare o al responsabile per la protezione dei dati. In particolare potrà chiedere l’accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, esercitare il diritto di ottenere la portabilità nonché proporre reclamo all’autorità di controllo competente ex articolo 77 del GDPR;

**Responsabile Protezione Dati (RPD):** la nostra Amministrazione ha designato il proprio responsabile per la protezione dei dati personali raggiungibile all’indirizzo: [servizioldpo@upipa.tn.it](mailto:servizioldpo@upipa.tn.it).

*Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa*

Folgaria \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL MEDICO: Autorizzazione rilascio documentazione richiesta**

- autorizzo  
 NON autorizzo

Motivazione: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

**ATTESTAZIONE RICEVUTA DOCUMENTI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto la documentazione richiesta in data \_\_\_\_\_.

FIRMA PER RICEVUTA

\_\_\_\_\_