

SS PROTESICA La Spezia Leopardi, 71 Tel: 0187 533557 email: protesica.sp@asl5.liguria.it

La Spezia,

Gent. Sig./a

OGGETTO: Prescrizioni ai sensi del DM 332/99. – Ritiro documentazione afferente l'autorizzazione alla fornitura di presidio protesico

Salvo preventiva comunicazione telefonica, la S.V. potrà ritirare l'eventuale documentazione afferente l'autorizzazione alla fornitura del presidio richiesto in data odierna a decorrere dal giorno

La suddetta documentazione potrà essere ritirata esclusivamente da Lei presentando la presente lettera, oppure:

A. da persona di sua fiducia, delegata compilando il seguente modulo:

DELEGA AL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DI AUSILI/ PRESIDI PROTESICI		
Il sottoscritto/a	nato/a a	il
residente a	Cod. fiscale	
Documento di identità n.	rilasciato da	n. telefono
☐ in nome proprio oppure ☐ in qualità di legale rappresentante del/la Sig./ra		
nato/a a	il	
residente a	Cod. fiscale	
Documento di identità n.	rilasciato da	
<i>consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000</i>		
delega a ritirare la documentazione per l'autorizzazione di fornitura a suo favore di presidi/ ausili di cui al D.M. 332/99		
il/la Sig./a	nato/a a	il
residente a	Carta di identità n.	
Documento di identità n.	rilasciato da	n. telefono
Data	Firma del richiedente	
<i>il delegato acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte di ASL5, in conformità con l'Art.13 GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) – al solo fine di gestire la presente pratica.</i>		
Data del ritiro	Firma leggibile del delegato al ritiro (per accettazione)	

E allegando fotocopie di:

- Documento di identità del paziente delegante
- Documento di Identità della persona delegata al ritiro

- B. In alternativa, ASL 5, conformandosi alle Linee Guida in tema di referti online emanate dal Garante Italiano per la protezione dei dati, potrà inviarle la documentazione sanitaria richiesta tramite posta elettronica al recapito email da Lei indicato **solo ed esclusivamente previo SUA ESPRESSA e consapevole autorizzazione**.

Si prega pertanto di leggere la seguente informativa e compilare l'apposito modulo di autorizzazione, se interessati all'invio della documentazione tramite posta elettronica:

INFORMAZIONI ED AUTORIZZAZIONE AD INVIARE DOCUMENTI SANITARI TRAMITE POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA

Gentile Utente, ASL 5 La informa, in qualità di Titolare del trattamento, ex art 13 del RGPD UE, che le Linee guida in tema di referti online emanate il 19.11.2009 dal Garante Italiano per la protezione dei dati stabiliscono quanto segue:

“qualora la struttura sanitaria intenda inviare copia di un referto/documento sanitario alla casella di posta elettronica di un paziente, a seguito di una sua richiesta, deve osservare le seguenti cautele:

1. spedire il referto in forma di allegato a un messaggio e-mail e non come testo nella body part del messaggio;
2. proteggere il file contenente il referto con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse, da parte di soggetti diversi da quello cui sono destinati, quali ad esempio una password per l'apertura del file ovvero una chiave crittografica.
3. non osservare tale ultima cautela qualora l'interessato ne faccia espressa e consapevole richiesta, poiché l'invio del referto alla casella di posta elettronica indicata dall'interessato non configura trasferimento di dati sanitari tra differenti titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato eseguita a seguito di specifica ed espressa richiesta di quest'ultimo”.

Pertanto, ASL5, può inviare il referto/la documentazione sanitaria richiesta tramite posta elettronica

al recapito e-mail se da Lei richiesto, **solo ed esclusivamente su SUA ESPRESSA e consapevole autorizzazione, da rendere come di seguito:**

AUTORIZZAZIONE ALL'INOLTRO DELLA DOCUMENTAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALLA FORNITURA DI PRESIDI/AUSILI SANITARI TRAMITE POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA		
Il sottoscritto/a	nato/a a	il
Residente a	Cod. fiscale	
Documento d'identità n.	rilasciato da	n. telefono
☐ in nome proprio	oppure	
☐ in qualità di legale rappresentante del/la Sig./ra		
nato/a a		il
residente a	Cod. fiscale	
documento di identità n.	rilasciata da	
<i>consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000,</i>		
Letto e compreso quanto sopra riportato e consapevole dei rischi connessi all'invio di documenti sanitari tramite posta elettronica tra cui la possibilità di una lettura dei documenti contenenti dati di salute da parte di soggetti non autorizzati		
RICHIEDE ED AUTORIZZA ASL 5 AD INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RICONDUCIBILE ALLA FORNITURA DI PRESIDI/AUSILI SANITARI		
Al seguente recapito di posta elettronica:		
data	firma	
DICHIARA INOLTRE DI MANLEVARE E MANLEVA SIN D'ORA ASL 5		
da responsabilità ovvero disguidi/ violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati nonché da eventuali danni inerenti/derivanti dalla modalità di inoltro sopra prescelta.		
data	firma	
Si allega copia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e dell'eventuale rappresentato		