CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

POLICY PER IL RITIRO DI COPIE

DEI REFERTI MEDICI e/o CERTIFICATI

La presente policy aziendale regolamenta il rilascio delle copie della documentazione sanitaria e il relativo tariffario interno conformemente alla normativa vigente (GDPR art. 12-15, e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.).

Nel caso del Paziente in vita (Esercizio dei diritti GDPR - Art. 15) la prima copia della documentazione contenente i dati personali verrà fornita gratuitamente all'interno della prestazione sanitaria.

Tuttavia, ai sensi dell'art. 12 par. 5 del GDPR, per **ulteriori copie** richieste dall'interessato o per richieste manifestamente infondate/eccessive e/o per copie dei certificati o esami clinici allegati al fascicolo personale già depositate in archivio (ossia oltre sei mesi dall'erogazione della prestazione sanitaria) verrà applicata la tariffa di seguito riportata quale **"contributo spese amministrative di ricerca e riproduzione della documentazione sanitaria"** a ristoro dei costi amministrativi patiti dall'Azienda per i Costi di ricerca del personale, del supporto richiesto di rilascio del documento (cartaceo a pagina, USB, CD, ….), altro.

Compongono la presente policy i seguenti documenti:

Per garantire la piena legittimità dell'addebito ed evitare contestazioni da parte del garante o degli utenti:

- **REGOLAMENTO INTERNO PER IL RILASCIO DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E TARIFFARIO DELLE SPESE DI RICERCA E RIPRODUZIONE**
- **MODULO DI RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**
- **DELEGA / RICHIESTA RITIRO REFERTI MEDICI PER MINORENNI**
- **DELEGA PER IL RITIRO DI REFERTI MEDICI E DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

REGOLAMENTO INTERNO PER IL RILASCIO DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E TARIFFARIO DELLE SPESE DI RICERCA E RIPRODUZIONE

Struttura Sanitaria: CENTRO MEDICO FRIULI COLLINARE S.R.L.

Sede: RIVE D'ARCANO – Rodeano Basso- via Nazionale,32 (UD).

Titolare del Trattamento dei dati: CENTRO MEDICO FRIULI COLLINARE SRL – nella persona del legale rappresentante ing. Luciano ZANELLI

Art. 1 – Oggetto e Ambito di Applicazione

1. Il presente regolamento disciplina le modalità, i tempi e i costi per la ricerca, l'estrazione, la riproduzione e la consegna di copia della documentazione sanitaria (cartelle cliniche, referti, documentazione iconografica/radiologica, schede ambulatoriali, consensi) conservata presso la struttura.
2. Le disposizioni si applicano alle richieste presentate dall'interessato (paziente), da soggetti da lui delegati, dagli eredi legittimi, da autorità giudiziarie o da terzi aventi diritto (es. compagnie assicurative, periti di parte).

Art. 2 – Diritti dell'Interessato e Prima Copia (GDPR Art. 15)

1. Ai sensi dell'art. 15, paragrafo 3, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), l'interessato ha diritto di ottenere **gratuitamente una prima copia** dei propri dati personali oggetto di trattamento.
2. La gratuità si riferisce ai dati e alle informazioni di sintesi o al primo supporto digitale contenente la documentazione.
3. In caso di richieste di **ulteriori copie** successive alla prima, o per richieste manifestamente infondate o eccessive (in particolare per il loro carattere ripetitivo), la Struttura addebiterà un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi sostenuti.

Art. 3 – Determinazione dei Costi di Ricerca e Riproduzione

1. I corrispettivi richiesti per il rilascio di copie successive alla prima, o richiesti da terzi autorizzati, non costituiscono un corrispettivo per la prestazione sanitaria, bensì il **mero rimborso dei costi vivi** sostenuti dalla Struttura per:
   - **Costi di ricerca e movimentazione d'archivio:** tempo operatore, estrazione da deposito fisico o da archivio digitale consolidato/esternalizzato.
   - **Costi di riproduzione materiale:** supporto cartaceo, toner, supporti informatici (chiavette USB dedicate, CD/DVD encrypted).
   - **Spese di spedizione:** ove sia richiesta la consegna a domicilio tramite vettore o raccomandata R.R.

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

Art. 4 – Modalità di Richiesta e Tempi di Erogazione

1. La richiesta deve essere effettuata per iscritto tramite l'apposito modulo reperibile presso la segreteria o sul sito web aziendale, allegando documento d'identità del richiedente (ed eventuale delega con documento del delegante).
2. La documentazione sarà resa disponibile entro un termine massimo di **30 giorni** dalla data di protocollazione della richiesta.
3. Il saldo dei costi di ricerca e riproduzione deve avvenire contestualmente alla consegna della documentazione o preventivamente in caso di spedizione.

ALLEGATO A – TARIFFARIO AZIENDALE

Categoria / Tipologia Prestazione	Descrizione Dettagliata	Importo (IVA inclusa se dovuta)
Prima Copia Paziente (Digitale)	Invio tramite PEC o download sicuro/email di sintesi	Gratuito (ex art. 15 GDPR)
Diritti di Ricerca d'Archivio (Fisico)	Movimentazione pratiche da archivio storico/cartaceo o deposito esternalizzato	€ 15,00 (per pratica/cartella)
Diritti di Ricerca d'Archivio (Digitale)	Estrazione dati da server o gestionale per pratiche antecedenti i 2 anni	€ 10,00 (per pratica)
Copie Cartacee (Formato A4 - B/N)	Riproduzione fotostatica per singola pagina	€ 0,15 / pagina
Copie Cartacee (Formato A4 - Colore)	Riproduzione fotostatica per singola pagina	€ 0,50 / pagina
Supporto Elettronico (USB/CD)	Supporto crittografato fornito dalla struttura per copia integrale	€ 5,00 / supporto
Copia Documentazione	Duplicazione esami radiologici (RX,	€ 10,00 / esame

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

Iconografica	TAC, RM) su supporto digitale	
Spese di Spedizione	Raccomandata A/R o Corriere Espresso sul territorio nazionale	Costo vivo di tariffa postale/vettore

Art. 5 – Entrata in Vigore e Pubblicità

Il presente regolamento entra in vigore in data 01 novembre 2026 ed è affisso in modo visibile presso i locali dell'accettazione/segreteria, oltre che pubblicato sul sito web istituzionale della Struttura nella sezione Privacy & Trasparenza.

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

MODULO DI RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(Da compilare a cura del paziente o di persona delegata)

Spett.le CENTRO MEDICO FRIULI COLLINARE S.R.L.
RIVE D'ARCANO – via Nazionale, 32
PEC: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it;
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com;

SEZIONE 1: DATI DEL PAZIENTE (Intestatario della documentazione)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov: ____ Il: ____/_____/_____

Residente a: _____ Prov: ____ CAP: _____

Indirizzo: _____ N°: _____

Tel. / Cell.: _____ Email: _____

SEZIONE 2: IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE (Se diverso dal paziente)

(Compilare solo se la richiesta è presentata da persona diversa dal paziente: genitore esercente la potestà genitoriale, tutore legale, erede o persona delegata)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

In qualità di:

[ ] Genitore / Esercente responsabilità genitoriale

[ ] Tutore / Amministratore di Sostegno (allegare copia del decreto)

[ ] Erede legittimo (in caso di paziente deceduto)

[ ] Delegato dal paziente (compilare la sezione delega sottostante)

SEZIONE 3: DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Si richiede il rilascio di copia della seguente documentazione sanitaria relativa alle prestazioni eseguite presso codesta Struttura:

- [ ] **Cartella Clinica / Scheda Clinica Ambulatoriale** relativa alla prestazione del: _____
- [ ] **Referti di Visite / Specialistiche / Esami Diagnostici** del periodo: dal _____ al _____
- [ ] **Documentazione Iconografica / Radiologica** (RX, TAC, RM, Ecografie) del: _____
- [ ] **Altro** (specificare): _____

CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

SEZIONE 4: MODALITÀ DI RITIRO / SPEDIZIONE

Indicare la modalità preferita:

- [ ] **Ritiro a mano** presso la segreteria della Struttura da parte del titolare o di persona delegata.
- [ ] **Invio telematico** all'indirizzo email / PEC: _____
  (servizio gratuito per la prima copia ai sensi del GDPR)- se entro sei mesi dalla prestazione.
- [ ] **Spedizione postale / corriere** all'indirizzo di residenza sopra indicato (previo pagamento dei costi vivi di spedizione).

SEZIONE 5: DELEGA PER IL RITIRO (Facoltativa)

Io sottoscritto/a (paziente/intestatario), **delego espressamente il/la Sig./Sig.ra**:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov: ____ Il: _____

Documento d'identità: _____ N°: _____

Rilasciato da: _____ in data: //_____

al **ritiro materiale** della documentazione sopra indicata in mio nome e per mio conto.

Data: _____ Firma del Paziente/Delegante:

_____

SEZIONE 6: INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR - Reg. UE 2016/679)

Ai sensi degli artt. 13 e 9 del GDPR, La informiamo che i dati personali e particolari (idonei a rivelare lo stato di salute) forniti con la presente richiesta saranno trattati dalla Struttura esclusivamente per le finalità connesse alla gestione amministrativa della richiesta di accesso alla documentazione sanitaria e all'eventuale assolvimento degli obblighi fiscali e contabili collegati.
Il trattamento avverrà nel rispetto della riservatezza e della sicurezza previste dalla normativa vigente. La documentazione sarà consegnata unicamente all'interessato o a soggetto munito di valida e formale delega scritta accompagnata da copia dei documenti d'identità.

Data: _____ Firma del Richiedente (per presa visione e consenso):

_____

📌 **NOTE OPERATIVE PER LA CONSEGNA (Riservato alla Struttura)**

- [ ] Documento d'identità del richiedente verificato in data: _____
- [ ] Eventuale delega e documento del delegante verificati.
- [ ] Eventuale versamento diritti di ricerca/riproduzione registrato (Ricevuta N. _____ del _____).
- [ ] Documentazione consegnata / inviata in data: _____ da:___ _____

CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

DELEGA / RICHIESTA RITIRO REFERTI MEDICI PER MINORENNI

Al Responsabile dell'Ufficio Accettazione / Ritiro Referti

Il/La sottoscritto/a:

- Cognome e Nome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Residente a: _____ (Prov. _____)
- Via/Piazza: _____ n. _____
- Documento d'identità: Tipo _____ n. _____
  rilasciato da _____ in data _____
- In qualità di**: [ ] Genitore [ ] Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore**

CHIEDE

il ritiro dei referti medici relativi alle prestazioni eseguite da:

- **Cognome e Nome del Figlio/a Minore:**

  _____
- **Nato/a a:** _____ il: _____
- **Codice Fiscale del Minore:** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- **Relativi alla prestazione / Numero di Accettazione / Data della visita:**

  _____

DICHIARA

- Di essere consapevole che il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e delle normative vigenti in materia di tutela della privacy.
- Di essere munito/a di proprio documento di riconoscimento in corso di validità e di copia del documento d'identità del minore (ove richiesto dalla struttura) o del codice fiscale dello stesso.

Rodeano basso, data _____ **Firma del Genitore / Richiedente:**

_____

Note operative per la presentazione:

Documenti da allegare/portare con sé: documento d'identità valido del genitore firmatario, il promemoria o il foglio di ritiro rilasciato al momento dell'accettazione, documento di identità e il codice fiscale (o tessera sanitaria) del minore.

CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

DELEGA PER IL RITIRO DI REFERTI MEDICI E DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a:

- Nome e Cognome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Codice Fiscale: _____
- Residente a: _____ Prov: (_____)
- Indirizzo: _____ n.: _____
- Documento di riconoscimento: _____
- Numero documento: _____ Rilasciato da: _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra:

- Nome e Cognome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Codice Fiscale: _____
- Documento di riconoscimento: _____
- Numero documento: _____ Rilasciato da: _____

OGGETTO DELLA DELEGA

A ritirare per proprio conto la seguente documentazione sanitaria:

- [ ] Referti di analisi / esami clinici
- [ ] Esami radiologici / per immagini (RX, TAC, RMN, ecc.)
- [ ] Copia della cartella clinica
- [ ] Altro *(specificare)*: _____

Eseguiti presso la struttura: _____ In data _____
Ricevuta/Riferimento n.: _____

Dichiarazione di esonero responsabilità: Il/La sottoscritto/a solleva la struttura sanitaria da ogni responsabilità derivante dalla consegna della documentazione al soggetto delegato.

Luogo e Data: _____ **Firma del Delegante:**

_____

Documenti da allegare al momento del ritiro:

1. Fotocopia del documento di identità del **delegante** (in corso di validità).
2. Documento di identità del **delegato** (da esibire in originale).
3. Ricevuta/talloncino di ritiro rilasciato al momento della prestazione.