

All'Azienda USL di Bologna,
Anatomia e Istologia Patologica
Ospedale Bellaria
APOB@pec.ausl.bologna.it

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ il _____ indirizzo _____ di
residenza/domicilio: _____ cap. _____
recapito telefonico _____ e-mail _____
Tipo e numero documento _____ rilasciato da _____
in data _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR

n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

- ☐ diretto interessato, se maggiorenne
- ☐ esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (*)
- ☐ tutore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata(*)
- ☐ erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (*)
- ☐ coniuge o figlio o, in mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (*), il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000): _____

- ☐ legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (*)

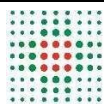
(*)nome e cognome del/la paziente _____

nato/a _____ il _____ a _____

chiede

• i preparati relativi al caso N. _____

- ☐ vetri istologici (n. _____)
- ☐ vetri citologici (n. _____)
- ☐ n° _____ sezioni non colorate adese per immunoistochimica (n. _____)



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

Modulo 4 – Richiesta preparati isto/citopatologici

☐ inclusioni in paraffina (n. _____) relativi a / contrassegnati come _____

eseguiti da codesta U.O. accompagnati dal relativo referto per sottoporli a consulenza

☐ Partecipazione a studio clinico** _____

** Specificare solo nel caso la richiesta di preparati sia nell'ambito di studio clinico

si impegna a

- custodirlo diligentemente
- restituire il materiale stesso entro 6 mesi dalla data di rilascio
- esonerare l'Anatomia Patologica da qualsiasi responsabilità di custodia circa l'eventuale esaurimento o indisponibilità successiva del materiale

dichiarando di voler ricevere quanto richiesto in una delle seguenti modalità:

- ☐ ritiro presso l'Unità Operativa
- ☐ a proprie spese a mezzo corriere (in ipotesi di invio tramite un corriere privato la spedizione sarà effettuata con spese a carico del destinatario).

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA:

delegando

il/la _____ sig./ra _____ (c.d.

delegato) _____

nato/a _____ il _____ a _____

identificato/a _____ con _____ il _____ seguente _____ documento _____ di _____ riconoscimento _____

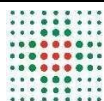
☐ alla presentazione della presente istanza e/o ☐ al ritiro della documentazione richiesta

Dichiara, infine,

- di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., sul trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- che i recapiti forniti e la modalità di consegna sopra indicate non comportano il rischio di conoscibilità da parte di soggetti non autorizzati, esonerando inoltre l'Azienda in caso di diffusione impropria o mancata e/o errata ricezione o smarrimento di quanto inviato.

Data _____ Firma del dichiarante _____

N.B. alla presente istanza deve essere allegata copia del documento di identità del soggetto dichiarante.



✂----- RICEVUTA

DI AVVENUTA CONSEGNA DELL'ISTANZA DA RILASCIARE AL/LA DICHIARANTE (da compilare

a cura dell'U.O.)

Nome e Cognome del soggetto a cui si riferisce la documentazione
richiesta: _____

Data _____ **Timbro dell'U.O.** _____

N.B. In caso di delega al ritiro occorre che il soggetto DELEGATO (munito di idoneo documento di riconoscimento)
esibisca copia del documento di riconoscimento del/la DELEGANTE.

PARTE RISERVATA ALL'ANATOMIA PATOLOGICA

NOME, _____ **COGNOME,** _____ **QUALIFICA** _____ **DEL** _____ **DIPENDENTE**

ADDETTO _____

Luogo e data _____

Presa visione di quanto sopra, il Patologo che ha rivisto i preparati prima della consegna autorizza:

il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero _____

☐ vetri istologici (n. _____) _____

☐ vetri citologici (n. _____) _____

☐ n° _____ sezioni non colorate adese per immunoistochimica (n. _____)

☐ inclusioni in paraffina (n. _____) relativi a _____ / contrassegnati come

Data _____ **Il Patologo (timbro e firma)** _____

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

1. Titolare del trattamento

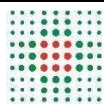
Il Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Bologna con sede in Via Castiglione, n. 29 – 40124 – Bologna – telefono 051-6584910, PEC: protocollo@pec.ausl.bologna.it

2. Responsabile della Protezione Dati

Il Responsabile della Protezione Dati è raggiungibile al seguente indirizzo: 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. I dati sono conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge, in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di



pubblici poteri, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. Massimario di 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 da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi.

7. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 12 - 22 del Regolamento (UE) 2016/679 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erranei o raccolti in violazione di legge, o di opporsi al loro trattamento. L'interessato potrà esercitare tali diritti secondo le modalità e le forme previste dalla procedura aziendale per la gestione dei diritti in materia di protezione dei dati personali dell'interessato disponibile sul sito internet aziendale, sezione Privacy policy.