

All'Ufficio Rapporti con il Pubblico

Via Degasperi 77 (Palazzo Stella) 38123 Trento

e-mail: urp@apss.tn.it

DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Esercizio del diritto alla visione degli accessi

(provvedimento del Garante privacy n. 331/2015)

INFORMAZIONI GENERALI

Il punto 5.2 del provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 331 del 4 giugno 2015 *“Linee guida sul dossier sanitario elettronico”* prevede che *“i titolari del trattamento forniscano all’interessato, che abbia manifestato il proprio consenso al trattamento dei dati personali mediante il dossier sanitario, un riscontro alla richiesta avanzata dallo stesso o da un suo delegato, volta a conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier con l’indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l’accesso, nonché della data e dell’ora dello stesso”*.

Se la presente domanda è trasmessa tramite lettera raccomandata o posta elettronica va allegata alla stessa copia di un documento di riconoscimento.

Qualora la presente domanda sia presentata da persona diversa dall’interessato è necessario che venga allegata alla domanda copia della delega unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento dell’interessato.

Se la richiesta è presentata da soggetti diversi dall’interessato, vale a dire da soggetto esercente la responsabilità genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno o, in caso di interessato deceduto, da altri soggetti previsti dall’art. 2-terdecies, D.Lgs. 196/2003, è necessario dichiarare il relativo *status* compilando gli appositi quadri del presente modulo.

Richiesta di visione degli accessi nel DSE:¹

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____, codice fiscale _____, residente a _____,
in via/piazza _____,
ai sensi di quanto previsto dal punto 5.2 del provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali
n. 331 del 4 giugno 2015 sopra citato, avente per oggetto "Linee guida sul dossier sanitario elettronico",

☐ in qualità di interessato

oppure

☐ in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutela/curatela/amministrazione di sostegno,
in relazione a (di seguito inserire i riferimenti dell'interessato)

_____ (nome e cognome), nato/a a _____,
il _____, codice fiscale _____, residente a _____,
in via/piazza _____,

dichiarando, consapevole di quanto prescritto dagli art. 73 e 76, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sulle sanzioni
penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere:

- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ Tutore
- ☐ Curatore
- ☐ Amministratore di sostegno

oppure

☐ (in caso di interessato deceduto)

in quanto avente un interesse proprio o agisce a tutela dell'interessato, in qualità di suo mandatario, o per
ragioni familiari meritevoli di protezione (art. 2-terdecies, D.Lgs. 196/2003):
(specificare e documentare l'interesse proprio/la tutela dell'interessato e l'eventuale mandato conferito/le
ragioni familiari meritevoli di protezione)

CHIEDE

di conoscere quali siano stati gli accessi al Dossier Sanitario Elettronico (DSE) nel periodo

dal _____ al _____²

¹ Allegare copia di un documento di riconoscimento

² Ai sensi delle Linee guida del Garante per la protezione dei dati personali in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 ,
l'Azienda conserva i log di accesso al DSE per 24 mesi dalla data di registrazione dell'operazione. Ne consegue che la richiesta di
visione degli accessi nel DSE non può essere effettuata per periodi antecedenti i due anni dalla data di presentazione della domanda
stessa

Recapito per la risposta:

Via/Piazza Comune
Provincia Codice postale

oppure

e-mail/PEC:

Eventuali precisazioni:

Il sottoscritto precisa (fornire eventuali spiegazioni utili o indicare eventuali documenti allegati):

(Luogo e data)

(Firma)

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Art. 13 Regolamento UE 2016/679

- I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), in base agli artt. 6, par. 1, lett. e) e 9, par. 2, lett. g), Regolamento Ue 2016/679 e ed, in particolare, per la gestione da parte di APSS della richiesta ddi visione degli accessi nel dossier sanitario elettronico (DSE).
- Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse. Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
- Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi.
- I dati personali sono trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, da personale autorizzato, in qualità di Preposti al trattamento/Addetti al trattamento dei dati/Responsabili del trattamento appositamente nominati ed istruiti.
- È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
- I dati personali forniti verranno conservati per il tempo previsto nel Piano di conservazione, allegato al manuale di gestione, disponibile nel sito internet APSS <https://www.apss.tn.it/privacy>.
- I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.
- Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'Ufficio rapporti con il pubblico (URP) sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it.
- L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it
- L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

Firma_____