

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E/O FASCICOLO SOCIO SANITARIO

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a
Il residente a(....) in Via.....nr.....
Telefono.....mail.....

in qualità di:

- intestatario della cartella sanitaria familiare (grado di parentela).....
- tutore amministratore di sostegno curatore
- erede(che agisce in nome e per conto degli eredi)

CHIEDE

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Del/la signor/a..... nato/a a
il.....residente a.....vianr.....
periodo di ricovero dal.....al.....

Motivazione (in caso di richiesta da parte di familiare o erede)

.....
.....
.....

Allegare:

- copia documentazione idonea quale avente titolo a formulare la richiesta (sentenza/decreto di nomina; procura, ecc..)
- copia documento identità

Informativa sulla Privacy: Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, la informiamo che la nostra organizzazione ha improntato le proprie attività in modo da offrire la massima tutela dei suoi dati personali, che lei ci fornisce o di cui comunque venissimo a conoscenza. Si tratta dei dati necessari per il rilascio della documentazione richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o soggetti a cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge o da un regolamento o da disposizioni impartite da Autorità anche ai fini di verifica della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione. Titolare del trattamento dei dati è Fondazione O.P. Delbarba Maselli Dandolo cui la richiesta viene rivolta. Lei potrà in qualsiasi esercitare i diritti previsti all'articolo 15 e successivi del Regolamento UE rivolgendosi al titola del trattamento.

Pe presa visione (firma)..... data.....