

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E/O FASCICOLO SOCIO SANITARIO

Il/la sottoscritto/a nato/a a

Il residente a (....) in Via n.

Telefono Mail

In qualità di:

☐ Intestatario Cartella Clinica ☐ Familiare (Grado di parentela)

☐ Amministratore di Sostegno ☐ Tutore ☐ 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 Via n. ...

Periodo di ricovero dal al

Motivazione

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

Allegare:

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

copia documento identità in corso di validità;

Informativa Privacy:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 i dati personali da lei conferiti con il presente modulo saranno trattati in modalità cartacea e informatizzata dal personale incaricato per le finalità connesse al 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 per 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 la Fondazione Onlus Casa di Riposo Beata Cristina cui la richiesta viene rivolta. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti all'articolo 15 e successivi del regolamento Ue rivolgendosi al Titolare del trattamento.

Calvisano

Firma