

Richiesta copia Cartella clinica e/o Fascicolo socio sanitario

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ via _____
telefono _____ mail _____

in qualità di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intestatario della cartella sanitaria | <input type="checkbox"/> Familiare (grado di parentela) |
| <input type="checkbox"/> Tutore | <input type="checkbox"/> Curatore |
| <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno | <input type="checkbox"/> Erede |

CHIEDE

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA E/O DEL FASCICOLO SOCIO SANITARIO

del/della sig./sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ via _____
Periodo di ricovero dal _____ al _____

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

Allegare:

- copia documentazione idonea quale aventi titolo a formulare la richiesta (sentenza/decreto di nomina, procura, ecc.);
- copia del documento di 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 "Bandera-Vezzoli" Onlus cui la richiesta viene rivolta. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti all'art. 15 e successivi del Regolamento UE rivolgendosi al titolare del trattamento.

Data,

Per presa visione (firma)

Regolamento accesso agli atti

Modulo richiesta accesso agli atti sanitari