



RICHIEDITA E CONSEGNA COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome _____	Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Numero di telefono _____
Residente a _____ Prov. ____ CAP _____	Via/Piazza _____ n. _____

Il richiedente, consapevole delle responsabilità previste dall' art. 76 del d.p.r. 445/2000, agisce in qualità di:

☐ intestatario ☐ esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno ☐ erede ☐ delegato alla richiesta o al ritiro *Allegare, ove necessario, la documentazione attestante i poteri di rappresentanza o la delega.*

2. DATI DEL PAZIENTE E RICHIEDITA

Paziente (cognome e nome) _____	Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Numero di telefono _____
Codice fiscale _____	Ricovero dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

☐ CHIEDE copia conforme della cartella clinica oppure documentazione clinica (*specificare*)

3. MODALITÀ DI CONSEGNA / DESTINAZIONE

☐ INVIO A MEZZO POSTA ELETTRONICA

Indirizzo e-mail per la ricezione: _____ @ _____

Letta e compresa l'informativa privacy di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) pubblicata sul sito web www.valduce.it, disponibile altresì in forma cartacea presso l'Ufficio informazioni e consapevole che:

- il trattamento riguarda anche i dati particolari dell'intestatario ed i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;
- il servizio di consegna cartella clinica in formato digitale è alternativo al tradizionale ritiro cartaceo garantito dal Titolare;
- il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato in qualsiasi momento:

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali, anche particolari, al fine di avvalersi del servizio digitale fornito dalla Titolare.

Numero di telefono/SMS per password: _____

In deroga all'invio protetto da password

☐ consapevole dei rischi connessi ad un invio NON protetto da password e alla maggior vulnerabilità dei dati ivi contenuti, CHIEDO che la Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata mi invii la cartella clinica/documentazione sanitaria priva di password, manlevando la stessa da ogni responsabilità relativa all'intercettazione dei miei dati da soggetti terzi.

☐ Ritiro allo sportello (€ _____)

☐ Spedizione postale (€ _____) *senza responsabilità dell'Ospedale in caso di smarrimento non imputabile allo stesso*

☐ Delega per presentazione richiesta e/o per ritiro allo sportello:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

Doc. identità _____ n. _____ rilasciato il ____ / ____ / ____

Data ____ / ____ / ____ Firma del delegante _____

Allegare copia del documento d'identità del richiedente/delegante e documento identificativo del delegato al ritiro.

In caso di persona diversa dal paziente, sono consapevole che Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i miei dati personali al fine di gestire la richiesta presentata. L'informativa completa ex art. 13 GDPR è pubblicata sul sito web www.valduce.it, e disponibile altresì in forma cartacea presso l'Ufficio informazioni.

Firma estesa e leggibile

Data ____ / ____ / ____