

(DATI DEL RICHIEDENTE)

IO SOTTOSCRITTO:

NOME.....COGNOME.....

NATO A.....PROV.....IL.....

RESIDENTE IN VIA.....N°.....CITTA'.....

CAP.....PROV.....TEL(CELL).....TEL(FISSO).....

RICHIEDE RILASCIO IN COPIA DELLA CARTELLA CLINICA CON DATA DI RICOVERO.....

IN QUALITA' DI (SEGNARE CON UNA X L'OPZIONE SCELTA):

- INTESTATARIO
- DELEGATO
- TUTORE
- AUTORITA' GIUDIZIARIA
- EREDE
- GENITORE ESERCENTE LA POTESTA'

DATI DEL PAZIENTE (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

NOME.....COGNOME.....

NATO A.....PROV.....IL.....

RESIDENTE IN VIA.....N.....CITTA'.....

CAP.....PROV.....TEL(CELL).....TEL(FISSO).....

MODALITA' DI RITIRO (SEGNARE CON X L'OPZIONE SCELTA):

RITIRO DIRETTAMENTE PRESSO LA DIREZIONE SANITARIA:

PRESENTANDO VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (SE DELEGATO PRESENTANDO COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA E DELEGA SCRITTA OLTRE AL PROPRIO DOCUMENTO).

RICHIESTA DI INVIO A MEZZO POSTA RACCOMANDATA:

SI RICHIEDE L'INVIO DELLA COPIA DELLA CC A MEZZO POSTA RACCOMANDATA CON RICEVUTA DI RITORNO CON SPESE A PROPRIO CARICO E SI

AUTORIZZA LA CASA DI CURA CLINICA RUESCH ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

INDIRIZZO.....N.....CITTA'.....

CAP.....PROVINCIA.....

INVIO TRAMITE MAIL UTILIZZARE CARATTERI LEGGIBILI IN STAMPATELLO:

AL SEGUENTE INDIRIZZO E-MAIL PERSONALE:.....

AL SEGUENTE INDIRIZZO PEC:.....

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI ESONERARE LA CASA DI CURA C.G.RUESCH DA OGNI RESPONSABILITA' PER LA VISUALIZZAZIONE ON-LINE DEI RISULTATI, DOVUTA A SMARRIMENTO, RITARDO, MANCATA RICEZIONE, EVENTUALI VIOLAZIONI DELLE NORME SULLA PRIVACY E/O ALTRA CIRCOSTANZA ALLA STESSA NON IMPUTABILE. DICHIARA, INFINE DI ESSERE INFORMATO CHE, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679, I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

DATA.....FIRMA DEL RICHIEDENTE.....

