

RICHIESTA COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA

(DATI DEL RICHIEDENTE)

IO SOTTOCRITTO:

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

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

RESIDENTE IN VIA.....N°.....CITTÀ.....

TEL(CELL).....TEL (FISSO).....

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

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

- INTESTATARIO
- DELEGATO
- TUTORE
- AUTORITÀ GIUDIZIARIA
- EREDE
- GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ

DATI DEL PAZIENTE (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

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

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

RESIDENTE IN VIA.....N°.....CITTÀ.....

TEL(CELL).....TEL(FISSO).....

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

RITIRO DIRETTAMENTE PRESSO LA DIREZIONE SANITARIA (presentando valido documento d'identità e se delegato presentando documento del paziente e del delegato)

RICHIESTA DI INVIO A MEZZO POSTA RACCOMANDATA:

Indirizzo.....N°.....Città.....Cap.....Prov.....

INVIO LINK TRAMITE SMS PER ACCESSO AL PORTALE PAZIENTE DOVE POTER SCARICARE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA.

Il dichiarante dichiara di esonera la casa di cura C.G. Ruesch da ogni responsabilità per la visualizzazione online dei risultati, dovuta a smarrimento, ritardo, eventuali violazioni delle norme sulla privacy. Infine di essere informato che, ai sensi 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.....



Mod.91_12/07/2019_ita.Rev.3