

Modulo per Delega richiesta e/o ritiro di cartella clinica

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Telefono _____

in qualità di :

- Intestatario della cartella
- Genitore esercente la responsabilità genitoriale (che agisce in nome e per conto anche dell'altro genitore)
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Erede (che agisce in nome e per conto anche degli altri coeredi)

DELEGA

A richiedere

A ritirare

Copia della cartella clinica del ricovero presso l'ospedale di _____

nel Reparto di _____

Mese / Anno _____

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Il sottoscritto acconsente a che i dati forniti con la presente delega siano trattati dall'azienda ai sensi delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei personali -RGPD e del D.Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE".

Data _____

Firma del delegante _____ (Allegare documento di identità)

Firma del delegato _____ (Allegare documento di identità)