



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

**Spett.le Direzione Sanitaria
Nuova Casa di Cura Demma s.r.l.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

Tel. _____

CHIEDE fotocopia della Cartella Clinica intestata a: _____

del ricovero del _____ presso l'Unità Funzionale _____

Grado di parentela con l'intestatario _____

DELEGA il/la Sig.re/ra _____

Nato/a a _____ il _____

a ritirare la fotocopia della Cartella Clinica.

ALLEGA fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

La delega, così come conferita, esime la Nuova Casa di Cure Demma s.r.l. da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dalla circolazione dei dati, anche anagrafici, contenuti nella documentazione consegnata.

N.B. Il ritiro della copia di cartella clinica prevede il pagamento.

I dati personali, sopra riportati, saranno trattati dalla Nuova Casa di cura Demma S.r.l., titolare del trattamento, esclusivamente per verificare la correttezza della consegna della documentazione richiestaci e saranno custoditi per un periodo non superiore a 5 anni.

In ogni momento potrà esercitare i diritti nei confronti del Titolare del trattamento, specificamente previsti dal Capo III del Regolamento Europeo 2016/679, scrivendo a e-mail: amministrazione@clinicademma.it.

Luogo e data _____ Firma del Richiedente _____

Da compilarsi a cura dell'Addetto alla consegna

Si consegna copia della Cartella Clinica n° _____

Intestata a _____

Estremi del documento di riconoscimento di chi ritira (paziente o delegato)

Data _____ Firma di chi ritira la copia _____

Firma di chi consegna _____