



DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE
RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Codice doc:
DR.RCC.01
Rev: 1
del
25.11.2024

SEZIONE A – A CURA DEL RICHIEDENTE

Cognome: Nome:

Data di nascita:/...../..... Luogo di nascita: Sesso: M F

Luogo di residenza: Prov.

Indirizzo di residenza: Tel:

CHIEDE fotocopia della Cartella Clinica intestata a:

Data di ricovero:/...../..... presso l'Unità Funzionale.....

Grado di parentela con l'intestatario:

DELEGA il/la Sig./Sig.ra

Nato/a a il/...../..... a ritirare la fotocopia della
Cartella Clinica.

ALLEGA fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

N.B. Il ritiro della copia della documentazione sanitaria può prevedere il pagamento di un contributo.
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

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

Luogo e data Firma del richiedente

SEZIONE B – 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