

RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a(....) il.....

Residente a.....(....) via.....

Telefono.....mail.....

In qualità di:

- ☐ Intestatario della cartella sanitaria
- ☐ Tutore (*)
- ☐ Amministratore di sostegno (*)
- ☐ Familiare (grado di parentela).....
- ☐ Curatore (*)
- ☐ Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) (**)

.....

RICHIEDE COPIA DELLA CARTELLA SANITARIA

Del/della Signor/a.....

Nato/a a(....) il.....

Residente a.....(....) via.....

Periodo di ricovero.....

Motivazione (in caso di richiesta da parte degli eredi).....

.....

.....

.....

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, sia in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse al rilascio della documentazione da Lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o da disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione.

Titolare del trattamento è: Fondazione Bevilacqua Rizzi onlus con sede ad Annicco (CR) in Via G.Oberdan n. 15. Telef. 0374 /79132. Il Responsabile della Protezione dei Dati potrà essere contattato con mail indirizzata a direzione@fondazionebevilacquarizzi.it. Lei potrà esercitare i Suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE rivolgendosi al Titolare del trattamento.

Annicco _____

Firma del richiedente

(allegare documento di identità valido)

(*) allegare copia della sentenza/decreto di nomina

(**) specificare grado di parentela/affinità.