



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Documentazione Disponibile

Cartella Completa

Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Ricoverato/a dal _____ al _____ n° ACV _____

Ricoverato/a dal _____ al _____ n° ACV _____

CHIEDO

Il rilascio di numero _____ copia/e della cartella clinica, nel seguente formato:

ELETTRONICO

e-mail _____ Cellulare _____

CARTACEO (ritiro presso la nostra Struttura)

CARTACEO a mezzo Posta al seguente indirizzo:

Cognome _____ Nome _____

Via/Piazza _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

AUTORIZZO che vengano comunicati, con e-mail al proprio indirizzo di posta elettronica e con SMS al proprio numero di cellulare, gli elementi utili all'accesso Web per scaricare la copia della cartella clinica.

Sono informato che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679).

Data _____ Firma (*del Richiedente*) _____

RISERVATO AGLI OPERATORI

La fotocopia è stata consegnata in data _____ al/la Sig./ra _____

Allegare copia del documento di identità.

Firma dell'Operatore _____