



RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

(Si invita a compilare la richiesta in stampatello con tutti i dati della persona che è stata ricoverata)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità previste dall'art 76 D.P.R 445/2000 in caso di false attestazioni o dichiarazioni mendaci:

RICHIESTA COPIA

Si richiede copia cartella clinica per uso _____

GENERALITA' DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ Tel. _____

Ricoverato dal _____ al _____ nel reparto di _____

GENERALITA' DEL RICHIEDENTE (da compilare solo se Delegato)

- Diretto interessato
- Delegato

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ il _____

In qualità di _____ Tipo di documento _____ scadenza _____

MODALITA' DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

- Ritiro a mano da parte dell'interessato o delegato (Costo € 45.00)
- Invio per posta all'indirizzo (Costo € 50.00) _____
- Invio per e-mail (Costo € 40.00) _____

Al fine di processare correttamente la richiesta è necessario allegare alla presente copia compilata e firmata: fronte/retro del documento d'identità in corso di validità del richiedente; copia del bonifico di pagamento da effettuare a favore della Casa di Cura Leonardo S.r.l alle coordinate bancarie qui di seguito IBAN IT53K0306909540100000061704

La copia della documentazione sarà inviata entro e non oltre 50 giorni dalla ricezione del pagamento a favore della struttura.

Informativa Privacy

Il Titolare del trattamento, Casa di Cura Leonardo S.r.l., La informa che i dati personali raccolti attraverso il presente modulo saranno trattati da personale interno appositamente autorizzato, esclusivamente per evadere la Sua richiesta, in conformità alla normativa nazionale (D.lgs. 196/2003 ss.mm.ii.) ed europea (Reg. UE 679/2016 - GDPR) vigente in materia di protezione dei dati personali. I dati potranno, altresì, essere trattati da soggetti terzi che forniscono, in qualità di responsabili del trattamento debitamente nominati, specifici servizi strumentali all'esecuzione della finalità sopra indicata. In ogni momento, in qualità di soggetto interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 ss. GDPR dandone comunicazione al Titolare all'indirizzo di posta elettronica privacy@casadicuraleonardo.com. Per ulteriori dettagli La invitiamo a prendere visione della nostra Privacy Policy reperibile alla pagina www.casadicuraleonardo.com/policy-aziendale/.

Firma dell'interessato _____

Data _____

Firma Richiedente _____