

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA E/O FASCICOLO SOCIO SANITARIO

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a

Il residente a(.....) in Via.....nr....

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

in qualità di:

intestatario della cartella sanitaria familiare (grado di parentela).....

tutore amministratore di sostegno curatore

erede(che agisce in nome e per conto degli eredi)

CHIEDE

COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Del/la signor/a..... nato/a a

il.....residente a.....vianr.....

periodo di ricovero dal.....al.....

Motivazione (in caso di richiesta da parte di familiare o erede)

.....
.....
.....

Allegare:

copia documentazione idonea quale avente titolo a formulare la richiesta (sentenza/decreto di nomina; procura, ecc..)

copia documento identità

Informativa privacy:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 i dati personali da lei conferiti con il presente modulo saranno trattati in modalità cartacea e informatizzata dal personale incaricato per le finalità connesse al rilascio della documentazione richiesta. I dati potranno essere comunicate a Pubbliche Amministrazioni o soggetti a cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto per legge o da un regolamento o da disposizioni impartite da Autorità anche ai fini di verifica della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione. Titolare del trattamento dei dati è Fondazione Brescia Solidale Onlus cui la richiesta viene rivolta. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti all'articolo 15 e successivi del Regolamento Ue rivolgendosi al Titolare del trattamento.

Brescia Firma