

Presentarsi allo sportello muniti di documento d'identità

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. (____)

Residente a _____ Via _____ Prov. (____)

Documento di riconoscimento _____ N° _____

Ai sensi della vigente normativa e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero

DELEGA

Il Sig/la Sig.ra _____
Nato/a ___/___/___ a _____ Prov. (____)
Residente a _____ Prov. (____) Via _____
Documento di riconoscimento _____ N° _____

La Spett. Assicurazione _____
Referente Assicurazione Sig. _____
Via _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____ Tel. _____

Alla **RICHIESTA**

Al **RITIRO**

- Cartella clinica
- Documentazione sanitaria

Relativamente all'episodio di:

- ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____
- ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____
- prestazione ambulatoriale di _____ del _____
- prestazione ambulatoriale di _____ del _____

Data ___/___/___

Firma _____

Fondazione Teresa Camplani, in qualità di titolare del trattamento, la informa che i dati personali da lei conferiti e le categorie di dati particolari (dati relativi alla salute) contenuti nella documentazione che le sarà inviata, saranno trattati nel rispetto dei principi dettati dal Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e dal d.lgs 196/03, come integrato dal d.lgs 101/2018 (Codice privacy), così come da informativa sul trattamento dei dati personali da lei ricevuta in fase di accesso alla struttura. Fondazione Teresa Camplani la informa, altresì, che la documentazione sarà inviata tramite il servizio di uno spedizioniere terzo e sarà consegnata alla persona presente all'indirizzo indicato, che potrà anche essere diversa dal richiedente.

Copia integrale dell'informativa può essere sempre richiesta presso le nostre sedi.