



RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Paziente interessato Sig./Sig.ra data di nascita.....
Documento d'identità.....

Se diverso dal paziente interessato

Richiedente data di nascita
Documento d'identità.....

Vista la sua richiesta di:

- Copia Conforme cartacea della Cartella Clinica**
- Copia cartacea conforme di referto di Pronto Soccorso**
- Copia su CD dell'esame _____**

La data del ritiro verrà comunicata telefonicamente e sarà da effettuarsi presso lo sportello "Accettazione Ricoveri".
La documentazione potrà essere ritirata anche nei giorni successivi alla data comunicata.

Presentarsi con un documento di identità.

DELEGA RITIRO

Il Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

DELEGA

al ritiro del sopraindicato, la seguente persona di fiducia*:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Carta di identità n. _____ rilasciata il _____ da _____ con
data di scadenza _____

La delega deve essere accompagnata da:

- fotocopia del documento di identità del delegante;
- documento identificativo del delegato.

Data _____

Firma del delegante _____

*NEL CASO DI PERSONA DIVERSA DAL PAZIENTE sono consapevole che Istituti Clinici Pavia e Vigevano S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i miei Dati Personali al fine di gestire la richiesta da me presentata. L'informativa completa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è disponibile al link <https://www.grupposandonato.it/strutture/istituto-clinico-beato-matteo/richiesta-documentazione-clinica> e in formato cartaceo presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

FIRMA AL RITIRO

Nome cognome di chi ritira

Data: ___ / ___ / _____

Firma

Per informazioni e comunicazioni inviare un email a ricoveri.icbm@grupposandonato.it indicando anche un recapito telefonico per eventuali e successive comunicazioni.