



RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Brescia

Il/la sottoscritto/a Nato/a a
provincia (o stato estero) il e residente a
provincia in n° telefono
documento di identità n° data rilascio / /
rilasciato da

CHIEDE il rilascio di copia conforme di

- Cartella clinica** ricovero dal al nel reparto
- Cartella clinica** ricovero dal al nel reparto
- Verbale di Pronto Soccorso** del / /
- Altro** (specificare) del / /
- intestato/i a

in qualità di:

- Titolare (interessato) della documentazione** **Tutore/Curatore/Amministratore o Legale Rapp. dell'interessato***
- Familiare* di soggetto deceduto** **Esercente* la potestà genitoriale di soggetto minore di anni 18**

* Per i soggetti diversi dal titolare è necessario allegare dichiarazione sostitutiva di certificazione (autocertificazione).

Istituti Ospedalieri Bresciani SPA, in qualità di Titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per la quale dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016), esclusivamente nell'ambito del procedimento e degli adempimenti per il quale la presente dichiarazione viene resa. Per ulteriori informazioni può rivolgersi al Titolare, Istituti Ospedalieri Bresciani S.p.A., via del Franzone 31 – C.F. e P.I. 00298670175 – Pec: dirgen.iobs@pec.grupposandonato.it oppure al Responsabile della protezione dei dati, inviando una mail al seguente indirizzo rpd.iobs@grupposandonato.it e/o una lettera al suindicato indirizzo.

Firma del richiedente

Si richiede la spedizione, con spese a carico del destinatario, della documentazione sopra indicata al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra Via N°
Cap Città Prov

Firma del richiedente

DELEGA al ritiro della sopraindicata documentazione

Il/la sig./sig.ra Nato/a a provincia
(o stato estero) documento di identità
n° data rilascio / / rilasciato da

Firma del delegante

Alla consegna della copia della documentazione devono essere esibiti: Fotocopia del documento di identità del richiedente delegante, originale del documento di identità del delegato. Il delegato firma il ritiro della documentazione sanitaria su apposito registro conservato presso l'Ufficio Accettazione Ricoveri.

In caso di necessità contattare l'Ufficio Ricoveri 0303710217

In data è stata eseguita copia conforme all'originale della C.C. richiesta