



RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Paziente interessato Sig./Sig.ra

Richiedente (se diverso dal paziente interessato)

Il ritiro della copia di cartella clinica è previsto per il giorno ___ / ___ / ___ presso lo sportello Accettazione Ricoveri, al corpo "B" dell'ospedale, dalle ore 11:00 alle ore 15:00. La documentazione potrà essere ritirata anche nei giorni successivi alla data prevista, da lunedì a venerdì (esclusi i giorni festivi) dalle ore 7:00 alle ore 15:00.

Presentarsi con un documento di identità.

DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Io sottoscritto/a

Nato il ___ / ___ / ___ a

Residente a

DELEGO

Il Sig./Sig.ra (*nome cognome in stampatello*)
a ritirare la copia della cartella clinica da me richiesta.

Allegare i seguenti documenti:

- Copia del documento d'identità del richiedente
- Documento d'identità del delegato al ritiro

Data: ___ / ___ / _____

Firma

FIRMA AL RITIRO

Nome cognome di chi ritira

In caso di delega, il delegato acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte del Policlinico, in conformità di quanto disposto dal Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR) e dal Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i., Codice sulla Privacy – al solo fine di gestire la presente pratica.

Data: ___ / ___ / _____

Firma

Per informazioni e comunicazioni, telefonare all'ufficio Accettazione Ricoveri, al numero 0252774428, da lunedì a venerdì dalle ore 8:00 alle ore 15:00, esclusi i giorni festivi.