



**RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA**  
**Dati del paziente**

Cognome : \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Via / Piazza : \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Cap.: \_\_\_\_\_

N° Telefonico: \_\_\_\_\_

N° Cellulare: \_\_\_\_\_

Data del Ricovero : \_\_\_\_\_ Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI .**

Dichiaro di conoscere le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art.7 D.lgs. 196/2003, e per il trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla copia della cartella clinica.

(Apporre una "X" ed una firma per la scelta)

Do il Consenso \_\_\_\_\_ Nego Il Consenso \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Le richieste senza autorizzazione al trattamento dei propri dati personali non saranno prese in considerazione.

La fotocopia della cartella sarà disponibile a decorrere dal trentesimo giorno dalla data della richiesta salvo diverse comunicazioni. A tal fine si fa presente che richieste non complete dei dati soprattutto del numero telefonico e/o dell'indirizzo e-mail non saranno evase.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

**AL RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA**

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'