

Il/La sottoscritto/a

Nata/o a il

in prima persona

Ovvero, in quanto

esercitante la potestà nei confronti del minore ⁽¹⁾

esercitante la rappresentanza legale nei confronti di ⁽²⁾

essendo legittimo erede di ⁽³⁾

seguito

dal centro di riabilitazione

dal poliambulatorio UILDM

**CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA
E/O ESTRATTO DI CARTELLA**

In caso di copia integrale della cartella la quota da corrispondere per il servizio
è pari a 20 euro a titolo di rimborso delle spese.

RITIRA in prima persona

AUTORIZZA LA SPEDIZIONE al seguente indirizzo:

.....

Roma il Firma

Documento di identità valido n.

DELEGA

Il/la sig./ra

nata/o a il

al ritiro presso la segreteria medica, della copia della cartella clinica del paziente sopra
indicato.

Roma il Firma del delegante

Documento di identità valido n.

Roma il Firma del delegato

Documento di identità valido n.

	RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA	Mod. M60
		Ed. 2 Rev. 2 del 31 07 2019
		Pag. 2 di 2

PER LA SEGRETERIA MEDICA

Copia consegnata il da

Firma per ricevuta

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

(1) esercitante la potestà nei confronti del minore:

- copia di un valido documento di identità;
- stato di famiglia (anche autocertificato).

(2) esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- copia di un valido documento di identità;
- copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell'atto di nascita.

(3) essendo legittimo erede di:

- copia di un valido documento di identità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede (anche autocertificata contenente lo specifico stato di erede legittimo, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto).

INFORMATIVA BREVE PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del Dlgs 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per assicurare il corretto svolgimento delle attività riabilitative, la conformità alle disposizioni di legge vigenti e ai fini del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa, tramite procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a prendere visione delle informative esposte nei locali o chiedere copia dell'informativa già fornita durante la prima registrazione dei suoi dati personali. **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** UILDM Lazio Onlus, Via Prospero Santacroce, 5, 00167 Roma RM, 06 6604881, mail presidenza@uildmlazio.org. **Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati Personali:** Dott.ssa Virginia G. Basiricò, Via Prospero Santacroce, 5, 00167 Roma RM, 06 6604881, mail privacy@uildmlazio.org