



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOIATRIA - RIABILITAZIONE

Modalità ritiro copia Cartella Clinica

Si prega di telefonare allo 070/497151 dopo 6 giorni lavorativi dalla presentazione della richiesta chiedendo della Segreteria Amministrativa dal lunedì al giovedì dalle ore 11,00 alle ore 12,00 per poter fissare la data del ritiro della suddetta.

In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare **delega e documento di identità** del delegante e del delegato; in caso di ritiro da parte di tutore legale/amministratore di sostegno occorre presentare la relativa documentazione in fotocopia; in caso il paziente sia deceduto e il ritiro avvenga da parte di erede legittimo si prega di chiedere presso l'Ufficio Amministrativo la documentazione necessaria.

Il costo della cartella clinica è di € 30,00 e può variare a seconda di altra documentazione aggiunta e/o spedizione postale (rivolgersi alla Segreteria Amministrativa per ulteriori chiarimenti).

N.B. Qualora entro 60 giorni dalla data della richiesta l'utente non dovesse ritirare la documentazione, la domanda verrà automaticamente annullata e sarà necessario presentarne una nuova.

NOTE: Legge, 08/03/2017 n°24, G.U. 17/03/2017

Per ricevuta: _____

Data: _____



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOIATRIA - RIABILITAZIONE

Consenso per il ritiro e delega

Il/La Sottoscritt_ : _____

nat_ a: _____ il: _____

residente in: _____ via: _____

ricoverat_ presso questa Casa di Cura dal: _____ al: _____

Delega il/la Signor_ : _____

nat_ a: _____ il: _____

per il ritiro della copia della Cartella Clinica.

- **N.B.** Dovrà essere allegata la copia di un documento di riconoscimento del delegante e del delegato.

Il Sottoscritto ai sensi del Regolamento UE n°679/2016 del 25/05/2018 “relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)” acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____

Firma _____