



DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- Modulo A -

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

CAP _____ Prov. _____ Cellulare _____ email _____

in qualità di **intestatarario** della cartella clinica/documentazione sanitaria della quale si indicano qui di seguito i riferimenti:

Ricovero dal _____ al _____ Reparto servizio _____ PS

NOTE _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

CAP _____ Prov. _____ Cellulare _____ email _____

al ritiro della documentazione sanitaria di cui sopra;

a richiedere la spedizione della documentazione sanitaria di cui sopra

sollevando l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della documentazione stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ex art. 76 del D.P.R. 445/2000.

ACCONSENTE

che i propri dati personali, ivi compresi, in particolare, quelli relativi alla salute, siano trattati nel pieno rispetto delle prescrizioni di cui al GDPR 679/2016.

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE ((INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA))

Contatto CUP Tel. [0744 205020](tel:0744205020)
Martedì e Giovedì ore 14.00 -17.00