

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA
Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ (____) il _____
 Residente a _____ Provincia _____
 Via/Piazza _____ N. _____ CAP _____
 CODICE FISCALE _____
 TEL. _____ CELL. _____
 MAIL _____ PEC _____

in qualità di:

- intestatario delegato dell'avente diritto genitore esercente la responsabilità genitoriale
 tutore curatore amministratore di sostegno erede persona unita civilmente o convivente di fatto del defunto terzo con interesse giuridicamente rilevante avvocato o consulente di parte altro _____



RICHIESTE IL RILASCIO DELLE COPIA/E DELLA/E CARTELLA/E INTESATA A:

- ME MEDESIMO OVVERO:

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ (____) il _____
 Residente a _____ Provincia _____
 Via/Piazza _____ N. _____ CAP _____
 CODICE FISCALE _____
 TEL. _____ CELL. _____
 MAIL _____ PEC _____

PER IL RICOVERO AVVENUTO:

Dal gg/mm/ann o	Al gg/mm/ann o	Reparto	n. copie

	CODICE DOCUMENTO	REV.	
	MOD700-IO700	00	

MODALITA' DI RITIRO COPIA

- RITIRO DI PERSONA** (In caso di delega, il delegato ha l'obbligo di presentarsi munito di Modulo di delega e copia dei documenti di identità in corso di validità del delegato e del delegante)
- INVIO TRAMITE RACCOMANDATA A/R ALL'INDIRIZZO SOTTO RIPORTATO**

INVIO TRAMITE PEC :

(Per l'invio tramite mail è obbligatorio indicare il numero di cellulare)

INVIO TRAMITE MAIL ORDINARIA: _____

(Per l'invio tramite mail è obbligatorio indicare il numero di cellulare)

N.B.: Per l'invio attraverso RACCOMANDATA a/r o posta elettronica (PEC o ordinaria) occorre effettuare il pagamento anticipato attraverso una delle seguenti modalità, inserendo nella causale la dicitura:

NOME E COGNOME DEL TITOLARE DELLA DOCUMENTAZIONE + RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

■ bonifico bancario c/o:

INTESASANPAOLO SPA - Agenzia 50485 Corso Italia,2 56125 Pisa

Cod. IBAN: IT86K0306914010100000300009

SWIFT/BIC: BCITITMM

intestato a Fondazione Toscana Gabriele Monasterio – Via Trieste 41, Pisa

■ bonifico bancario c/o:

BANCOPOSTA

Cod. IBAN: IT23 T076 0114 0000 0000 1310 085

SWIFT/BIC: BPPIITRRXXX

intestato a Fondazione Toscana Gabriele Monasterio – Via Trieste 41, Pisa

■ conto corrente postale n. 1310085:



intestato a Fondazione Toscana Gabriele Monasterio – Via Trieste 41, Pisa

Data, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Allegare:

- copia fronte/retro del documento d'identità del titolare o avente diritto della cartella clinica
- in caso di richiedente diverso dal titolare dichiarazione sostitutiva di Certificazione attestante il relativo status
- in caso di delega, delega allegata corredata del documento d'identità del delegante e delegato
- in caso di consegna per posta o mail/PEC, attestazione pagamento anticipato

	CODICE DOCUMENTO	REV.	
	MOD700-IO700	00	

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27.04.2016)

I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla presente richiesta e saranno trattati in conformità alle norme vigenti dagli addetti agli uffici aziendali e coinvolti nella attività di cui alla presente richiesta. I dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi. Può essere prevista la comunicazione per i soli obblighi di legge in relazione alle finalità della presente richiesta.

L'interessato ha facoltà di esercitare i diritti a lui riconosciuti dal Regolamento Europeo n. 2016/679.

Titolare del trattamento è la Monasterio in persona del suo Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore. Maggiori informazioni sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente www.monasterio.it.

Da compilare all'atto della consegna materiale:

Consegna avvenuta in data _____

Firma Titolare o Delegato : _____

CONTATTI:

PEC: protocollo.ftgm@pec.it

MAIL: ufficiocartelleclinichepisa@ftgm.it, ufficiocartelleclinichemassa@ftgm.it