

MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Nata/o 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 _____

RICHIEDE IL RILASCIO DELLE COPIA/E DELLA/E DOCUMENTAZIONE SANITARIA INTESTATA A:

ME MEDESIMO OVVERO:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ N. _____ CAP _____



CODICE FISCALE _____

TEL. _____ CELL. _____

MAIL _____ PEC _____

PER GLI ESAMI ESEGUITI:

| gg/mm/anno | Esame eseguito | n. copie |
|------------|----------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|-------------------------|-------------|--|
|  Fondazione Monasterio <small>la ricerca che cura</small> | CODICE DOCUMENTO | REV. |  |
| | MOD701-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 SU PEC : _____

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

INVIO SU 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

| | | | |
|--|-------------------------|-------------|--|
|  | CODICE DOCUMENTO | REV. |  |
| | MOD701-IO700 | 00 | |

- in caso di consegna per posta o mail/PEC, attestazione pagamento anticipato

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