

**RICHIESTA di COPIA del VERBALE e/o della DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
di PRONTO SOCCORSO**

CASERTA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

alla via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. fisso \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**LA COPIA DEL VERBALE DI PRONTO SOCCORSO INTESTATO A:**

**LA COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PRONTO SOCCORSO  
INTESTATA A:**

sig.re/ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Accesso al Pronto Soccorso il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE** \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI del D. Lgs n. 196/2003: «Testo unico sulla privacy».

- La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti;
- Il trattamento dei Suoi dati verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso;
- Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dal D. Lgs n. 196/2003: «Testo unico sulla privacy».