

RICHIESTA di COPIA della CARTELLA CLINICA

CASERTA _____/_____/_____

_____ **DATI DEL RICHIEDENTE** _____

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

residente in _____ provincia _____

alla via/piazza _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

CHIEDE LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA INTESTATA A:

_____ **DATI DEL PAZIENTE** _____

sig.re/ra _____

nato/a a _____ il ____/____/_____

ricoverato/a dal ____/____/_____ al ____/____/_____

presso l'Unità Operativa(REPARTO) _____

anno _____, numero di Cartella Clinica (se lo si conosce) _____

CARTELLA CLINICA in formato "cartaceo" ☐

oppure in formato "digitale"(CD) ☐

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».