

MODULO PER DELEGA

(da consegnare compilato in ogni parte e completo degli allegati allo Sportello Copia Documenti Sanitari)

CASERTA ____ / ____ / ____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ alla via/piazza _____ n. _____

DELEGA

alla richiesta e/o al ritiro della copia della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria

Il/La sig.re/ra _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ alla via/piazza _____ n. _____

Firma del delegante
(titolare della cartella clinica)

Allegati:

1. Copia del documento di riconoscimento del delegante.

N. B. :

- a) In assenza della copia del documento di riconoscimento del delegante, l'Ufficio competente non può consegnare al delegato la copia della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria richiesta.
- b) All'atto del ritiro della copia della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria richiesta, il delegato deve esibire il proprio documento di riconoscimento valido.

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».