

PROT. C.C. _____ DEL _____

ACCETTANTE: _____

**DELEGA AL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA
DA PARTE DI PERSONA DI FIDUCIA DESIGNATA DALL'INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
documento di riconoscimento tipo _____ (da allegare in copia alla presente)

IN QUALITÀ DI

- titolare della documentazione sanitaria richiesta,
 legale rappresentante del titolare

DELEGA AL RITIRO DELLA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

il/la Sig./a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____

A sensi di quanto disposto dall'art. 7 Regolamento (UE) 2016/679 'Regolamento generale sulla protezione dati', Responsible SpA Titolare del trattamento, La informa che i dati personali, sopra riportati, riferiti a Lei ed alla persona da Lei delegata saranno trattati, mediante strumenti manuali ed informatici, al solo fine di consentire il ritiro della propria refertazione sanitaria e comunque, in modo da garantire la massima sicurezza e riservatezza dei dati stessi.

DATA _____ / _____ / _____ FIRMA _____

IMPORTANTE:

IL DELEGATO, AL MOMENTO DEL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, DOVRÀ CONSEGNARE:

- ***LA PRESENTE DELEGA;***
- ***RICEVUTA FISCALE DELL'AVVENUTO PAGAMENTO;***
- ***FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, SOPRA INDICATO, DEL DELEGANTE;***

INOLTRE, DOVRÀ ESIBIRE:

- ***UN PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO AI SENSI DI LEGGE.***

**IL RITIRO AVVIENE PRESSO L'UFFICIO "AREA UNICA CENTRALIZZAZIONE GESTIONE RICOVERI", SITA AL PIANO TERRA, PRESSO GLI STUDI MEDICI DIPARTIMENTALI
DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE h11.00 ALLE h14.00
PER INFORMAZIONI TELEFONICHE CHIAMARE AL NR. 0874. 312 312 (TASTO 5)
DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE h11.00 ALLE h12.30.**

(IL TEMPO PER LA PREPARAZIONE DELLE COPIE È DI NORMA, 30 GIORNI; LE STESSO RESTANO DISPONIBILI AL RITIRO PER I SUCCESSIVI SEI MESI. TRASCORSO TALE TERMINE SI DOVRA' PROCEDERE A NUOVA RICHIESTA)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETÀ

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL ____/____/____

RESIDENTE A _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'Art. 76 DPR 445/2000

DICHIARA

di essere legittimo erede del defunto sig. _____

CAMPOBASSO, Lì ____/____/____

FIRMA DEL DICHIARANTE
