

MOD. 837 Rev.: 003 05/04/2024

DELEGA PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

- Modulo A -

II/la sottoscritto/a		C.F	
nato/a a	il		
e residente a		in Via	
CAP Prov	Cellulare	email	
ir	ı qualità di <u>intestat</u>	ario della documentazione sani	itaria:
Ricovero dal	al	Cartella PS dal	al
Ricovero dal	al	Cartella PS dal	al
		DELEGA	
II/la sottoscritto/a		C.F	
nato/a a		il	
e residente a		in Via	
CAPProv	Cellulare	email	
presentazione del documento titolare) , sollevando la Fondazio smarrimento o alla visione della	di identità del deleg ne Policlinico Univers stessa da parte di ter	g <mark>ato e di quello del delegante (co</mark> sitario Agostino Gemelli IRCCS da o	sanitaria sopra menzionata, previa opia fronte retro controfirmata dal gni responsabilità anche relativa allo elle sanzioni penali previste in caso di P.R. 445/2000.
locali della Fondazione e consul sito web di quest'ultima, io sot perseguimento di attività ammi da mia richiesta. Inoltre la Fond	tabile attraverso la se coscritto dichiaro di e nistrative strumentali azione, tramite un m accomandata della ca	ezione "Servizi al paziente/Privacy essere informato che la Fondazion i alla finalità di cura, quale l'invio d essaggio -SMS- e/o email riportati	nento UE 2016/679, esposta presso i e Protezione dei dati personali" del e tratterà i miei dati personali per il lella documentazione sanitaria come i nel modulo stesso, comunicherà gli e Time Password) e il link per il ritiro
LUOGO, DATA	_	FIRMA LEGGIBILE (INTESTATARIO DE	DEL DELEGANTE ELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

Si allega alla presente copia fronte retro del documento di identità controfirmata del delegante (intestatario della documentazione sanitaria)