

DELEGA PER RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- Modulo A -

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

CAP _____ Prov. _____ Cellulare _____ email _____

in qualità di **intestataro** della documentazione sanitaria:

Ricovero dal _____ al _____ Cartella PS dal _____ al _____

Ricovero dal _____ al _____ Cartella PS dal _____ al _____

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

CAP _____ Prov. _____ Cellulare _____ email _____

a richiedere la **copia** e la **spedizione cartacea e/o elettronica** della documentazione sanitaria sopra menzionata, **previa presentazione del documento di identità del delegato e di quello del delegante (copia fronte retro controfirmata dal titolare)**, sollevando la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Con riferimento all'informativa generale in ambito sanitario di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, esposta presso i locali della Fondazione e consultabile attraverso la sezione "Servizi al paziente/Privacy e Protezione dei dati personali" del sito web di quest'ultima, io sottoscritto dichiaro di essere informato che la Fondazione tratterà i miei dati personali per il perseguimento di attività amministrative strumentali alla finalità di cura, quale l'invio della documentazione sanitaria come da mia richiesta. Inoltre la Fondazione, tramite un messaggio -SMS- e/o email riportati nel modulo stesso, comunicherà gli estremi relativi alla spedizione raccomandata della cartella clinica e/o il codice OTP (One Time Password) e il link per il ritiro elettronico via web della documentazione richiesta.

LUOGO, DATA_____
FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGANTE
(INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

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