



**Modulo richiesta documentazione  
sanitaria (intestatario)**

Pag. 1/2

**Spett.le : Casa di Cura SALUS Srl**  
Via Appia, 366 - 72100 - BRINDISI

**Alla C.A. : Direzione Sanitaria**

**Oggetto: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA da parte dell'intestatario**

**DATI DEL RICHIEDENTE** (diretto/a interessato/a)

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Prov.) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

\*tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :**

**CARTELLA CLINICA** ricovero ordinario dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICA** ricovero diurno/ambulatoriale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**COPIA ESAMI RX** del \_\_\_\_\_

**COPIA ESAME RMN** del \_\_\_\_\_

**COPIA ESAME TAC** del \_\_\_\_\_

**Altro** \_\_\_\_\_

**LA COPIA DELLA CARTELLA CLINICA / DOCUMENTAZIONE SANITARIA SARA'**

**RITIRATA PERSONALMENTE** PRESSO LA VOSTRA SEDE

**RITIRATA DAL SIG/SIG.RA** \_\_\_\_\_ DELEGATO/A  
DAL SOTTOSCRITTO/A PREVIA ESIBIZIONE DI DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO E DI  
FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE

**SPEDITA IN CONTRASSEGNO** ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA O AL SEGUENTE  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_



**Modulo richiesta documentazione  
sanitaria (intestataro)**

Pag. 2/2

**DICHIARA CONSAPEVOLEMENTE DI ACCETTARE CHE**

- Il rilascio della documentazione disponibile sia effettuato entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta. Le eventuali integrazioni saranno rilasciate entro 30 giorni lavorativi dalla richiesta.
- In caso di spedizione, la stessa avvenga secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale.

Per la consegna della documentazione a domicilio si autorizza la Casa di Cura SALUS al trattamento dei dati personali nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali, liberandola da ogni responsabilità in merito alla consegna.

E' ammessa la presentazione della domanda anche tramite Pec : **[segr.san@pec.casadicurasalus.it](mailto:segr.san@pec.casadicurasalus.it)**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

Allegare fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

**Informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt.13-14 del Regolamento UE 2016/679**

Desideriamo informarLa che i Suoi dati personali saranno utilizzati dalla Casa di Cura SALUS , in qualità di Titolare del trattamento, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e per le sole finalità per le quali sono stati resi. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza. La informiamo inoltre che per l'esercizio dei suoi diritti, previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679, può rivolgersi direttamente al Titolare del trattamento CASA DI CURA SALUS SRL Via Appia, 366 - 72100 - Brindisi tel: +39.0831.581505 email : [salus@casadicurasalus.it](mailto:salus@casadicurasalus.it) pec: [salus@pec.casadicurasalus.it](mailto:salus@pec.casadicurasalus.it) sito web: [www.casadicurasalus.it](http://www.casadicurasalus.it).