



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

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

**Oggetto: DELEGA per il ritiro di Documentazione Sanitaria**

**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 \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il Sig.re/Sig.ra \_\_\_\_\_

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

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

La Spett. Assicurazione \_\_\_\_\_

Referente Assicurazione Sig. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Il Direttore/Primario della Struttura Sanitaria \_\_\_\_\_

**ALLA RICHIESTA / RITIRO 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** \_\_\_\_\_



## Modulo Delega

Pag. 2/2

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

**Firma del Delegante** \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE

E' sempre necessario presentare, al momento del ritiro, la presente delega e la fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante.

#### ***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).