



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

Alla C.A. : Direzione Sanitaria

Oggetto: RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA da parte di Terzi

DATI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Prov.) _____

in via (indirizzo) _____

*tel _____ email _____

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI NON
VERITIERE E FALSITA' NEGLI ATTI DI CUI ALL'ART. 76
DEL D.P.R. 28/12/2000 N.445**

IN QUALITA' DI

- In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale
- In qualità di legittimo erede
- In qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno/fiduciario (allegare copia del provvedimento)
- altro _____
- del Sig.re/Sig.ra _____ nato/a a _____
- il _____ C.F. _____

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- CARTELLA CLINICA** ricovero ordinario dal _____ al _____
- CARTELLA CLINICA** ricovero diurno/ambulatoriale dal _____ al _____
- ORIGINALI ESAMI RX** del _____ in visione con impegno di restituzione entro 30gg)
- 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 ALL'INDIRIZZO** DI RESIDENZA O AL SEGUENTE INDIRIZZO:

DICHIARA CONSAPEVOLEMENTE DI ACCETTARE CHE

- Il rilascio della documentazione disponibile sia effettuato entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta presso ufficio Archivio Direzione Sanitaria dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 13.00 a partire dal giorno _____. 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.

Data ____/____/____

Firma del richiedente _____

AVVERTENZE

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

È ammessa la presentazione della domanda anche tramite Pec: segr.san@pec.casadicurasalus.it

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 pec: salus@pec.casadicurasalus.it sito web: www.casadicurasalus.it.



VISTO SI AUTORIZZA IL RILASCIO.

Data ____/____/____

Il Direttore Sanitario: **Dott.ssa Alessandra ANTONUCCI**

Spazio da compilare a cura dello sportello preposto in fase di consegna delle copie.

Documenti ritirati da _____ [nome e cognome operatore]

Data ____/____/____

Nome e Cognome _____

e firma di colui che ritira _____