

	CODESS FRIULI VENEZIA GIULIA Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla UNI EN ISO 9001:2008 Documenti generali
	MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il
 a (.....) residente a (.....)
 CAPin Via/Piazza N°
 Tel.
 Esercente la responsabilità genitoriale in qualità di
 del/della minore codice fiscale

CHIEDE

la copia conforme all'originale della seguente documentazione:

- CARTELLA AMBULATORIALE.....
- DOCUMENTAZIONE SANITARIA:
- ALTRO.....

DELEGA PER IL RITIRO*

il/la Sig./Sig.ra nato/a il
 a (.....) residente a (.....)
 CAPin Via/Piazza N°

Data:

FIRMA DEL RICHIEDENTE(allegare copia del doc.d'identità)

FIRMA DEL DELEGATO(allegare copia del doc.d'identità)

La documentazione sanitaria deve essere spedita tramite posta Si No (La

Struttura Sanitaria non si assume responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta del referto richiesto).

NB. Le spese per la duplicazione (diritti di segreteria) e per l'eventuale invio a domicilio saranno a carico del richiedente.

Nota sul rispetto della privacy: i dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrive il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Reg. UE 2016 / 679.