

	MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA Ai sensi art.5,co2 D.lgs 33/2016	m.acg	Rev. 00	
		Pag. 1 di 1		

Il sottoscritto _____
 Nato a _____ prov. _____ il _____ residente in _____
 _____ via/piazza _____
 _____ n° _____ tel _____ e-
 mail _____ in _____ qualita' _____ di _____

CHIEDE

Copia cartella sanitaria

Del/della Sig./Sig.ra _____
 Nato/a _____ il _____
 Residente a _____ via _____
 Periodo ricovero _____
 Motivazione(in caso di richiesta da parte degli eredi) _____

Luogo, data: _____

Firma richiedente

N.b. allegare fotocopia documento identità in corso di validità

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse al rilascio della documentazione da Lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resa esclusa la diffusione. Titolare del Trattamento è: RSA FONDAZIONE GB BIANCHI ONLUS TOSCOLANO-MADERNO (BS). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai recapiti email indicati su sito internet. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e succ. del Regolamento UE rivolgendosi al Titolare del trattamento.