

RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a(....) il.....

Residente a.....(....) via.....

Telefono.....mail.....

In qualità di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Intestatario della cartella sanitaria | <input type="checkbox"/> Familiare (grado di parentela)..... |
| <input type="checkbox"/> Tutore (*) | <input type="checkbox"/> Curatore (*) |
| <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (*) | <input type="checkbox"/> Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) (**) |

.....

RICHIEDE COPIA DELLA CARTELLA SANITARIA

Del/della Signor/a.....

Nato/a a(....) il.....

Residente a.....(....) via.....

Periodo di ricovero.....

Motivazione (in caso di richiesta da parte degli eredi).....

.....

.....

.....

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, sia 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 o da disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione.

Titolare del trattamento è: Fondazione Onlus Longini Morelli Sironi, con sede in Pralboino 25020 – Bs – via Morelli, n. 10. Telef. 030 954234. Il Responsabile della Protezione dei Dati potrà essere contattato con mail indirizzata a rsapralboino2015@gmail.com. Lei potrà esercitare i Suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE rivolgendosi al Titolare del trattamento.

Pralboino.....

Firma del richiedente
(allegare documento di identità valido)

(*) allegare copia della sentenza/decreto di nomina

(**) specificare grado di parentela/affinità.