

MODULO RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

per il proseguimento delle cure successive al ricovero

RICHIEDO

COPIA CARTELLA CLINICA (RICOVERO DAL ___/___/_____ AL ___/___/_____)

MODALITÀ DI CONSEGNA E COSTI

CORRIERE ESPRESSO

COSTI COPIA CARTELLA CLINICA: € 30,00

CONTRASSEGNO CON PAGAMENTO AL CORRIERE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE

DESTINATARIO

VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO

CITTÀ, PROVINCIA

CAP

1. Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
2. Io sottoscritto dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).
3. Ai sensi del D.Lgs 196/2003, io sottoscritto dichiaro di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la San Feliciano Srl. La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art. 7 del suddetto D.Lgs, può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo.
FIRMA (ANCHE PER ATTESTAZIONE DEI PUNTI 1,2 E 3)

Per poter evadere la richiesta, si prega di inviare il presente modulo, compilato e firmato, insieme ad una copia fronte/retro controfirmata di un documento valido d'identità, via e-mail a: accettazione@sanfelicianoroma.it

Data ___/___/_____

FIRMA_____