

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

- 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.
- 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).
- 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.va@sanfelicianoroma.it

Data ___/___/_____

FIRMA_____