Spett.le
Ufficio cartelle cliniche
Clinica San Gaudenzio

Il presente modulo, compilato e firmato, insieme a una copia fronte/retro controfirmata di un documento valido di identità del richiedente, può essere inviato via mail all'indirizzo …… o mezzo posta all'indirizzo: ……

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
_____ COGNOME	_____ NOME
_____ LUOGO E DATA DI NASCITA	_____ CODICE FISCALE
_____ RECAPITO TELEFONICO	_____ INDIRIZZO MAIL

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace o, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, sarà punito ai sensi del codice penale come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARO DI ESSERE

- ❒ Diretto interessato (capace e maggiorenne)
- ❒ Genitore titolare della potestà sul minore ……
- ❒ Tutore/curatore di (*)……
- ❒ Amministratore di sostegno di (*)……
- ❒ Erede legittimo/testamentario di (*)……
- ❒ Soggetto terzo legittimato ad esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria, ai sensi dell'art.9 del GDPR, di pari rango a quello dell'interessato (*)……
- ❒ Soggetto che deve tutelare, nei limiti di legge, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato (*)……

(*) in tutti questi è necessaria l'autocertificazione che dimostro la legittimazione alla richiesta di documentazione sanitaria altrui (da allegare alla richiesta)

per il proseguimento delle cure successive al ricovero

RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA	
RICOVERO U.F./SERVIZIO _____	DAL _____AL _____
RICOVERO U.F./SERVIZIO _____	DAL _____AL _____
RICOVERO U.F./SERVIZIO _____	DAL _____AL _____

MODALITA' DI CONSEGNA E PAGAMENTO

❒ **FORMATO DIGITALE ……..€33,00 (per ogni cartella)**

→FILE PDF FIRMATO DIGITALMENTE SCARICABILE AL LINK INVIATO VIA E-MAIL

→PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO/ADDEBITO SEPA (BONIFICO BANCARIO) TRAMITE LINK INVIATO VIA MAIL

L'indirizzo mail e il numero di cellulare indicati qui sotto saranno utilizzati per le comunicazioni e per il download dei documenti, pertanto è importante che facciano riferimento alla **stessa persona**.

_____ _____

RECAPITO TELEFONICO INDIRIZZO MAIL

❒ **FORMATO CARTACEO – spedizione a domicilio con corriere espresso…€29,40 (per ogni cartella) più €13,10 per la spedizione**

→PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO AL CORRIERE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

Indirizzo di consegna:

_____ _____

COGNOME E NOME VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO

_____ _____

CAP, CITTA' PROVINCIA

_____ _____

RECAPITO TELEFONICO INDIRIZZO MAIL

Informiamo che i dati contenuti nella presente richiesta saranno trattati da Policlinico di Monza S.p.a. in qualità di Titolare, esclusivamente per finalità di espletamento della presente pratica amministrativa di consegna documentazione. Si ricorda che l'informativa completa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è sempre consultabile sul sito istituzionale della Clinica – sezione "privacy policy". La firma in calce attesta anche di aver compreso e recepito queste informazioni.

_____ _____

DATA FIRMA