



CLINICA SAN MARTINO

DELEGA RITIRO CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____ [*] Carta di Identità N° _____

Rilasciata da _____

In qualità di Paziente, ovvero di:

- ☐ Genitore di paziente minorenne
- ☐ Tutore legale
- ☐ Amministratore di Sostegno
- ☐ Altro

specificare **NOME E COGNOME** del paziente _____

Delega, in qualità di diretto interessato,

il/la Sig./Sig.ra _____ Nato/a il ___/___/___ a _____

al ritiro dei referti dei propri esami specialistici e dell'eventuale documentazione clinica personale precedentemente consegnata per visione.

Data ___/___/___

(firma leggibile del paziente o tutore)

[*] Carta d'identità del delegato n° _____ Rilasciata da _____

- ☐ Il delegato dichiara di aver ricevuto oltre ai referti sopra riportati anche la documentazione clinica personale precedentemente consegnata per visione.

Data ___/___/___

(firma leggibile del paziente o tutore)

[*] Si richiede fotocopia dei documenti d'identità.

Il ritiro delle cartelle cliniche avviene presso l'Ufficio Ricoveri, piano -1 da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00. Il ritiro è su appuntamento scrivendo a: repartochirurgico@clnicasanmartino.it.

Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR, Clinica San Martino S.r.l. (Titolare del trattamento) La informa che i dati personali da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo (di seguito i "Dati") saranno trattati, manualmente, per finalità di gestione della Sua richiesta di documentazione sanitaria. Base giuridica del trattamento è l'esecuzione della prestazione da Lei richiesta. Il conferimento dei recapiti telefonici consentirà esclusivamente l'effettuazione di comunicazioni inerenti la richiesta stessa. Il conferimento dei Dati è facoltativo; tuttavia, un eventuale rifiuto a fornirli determinerà l'impossibilità di dare corso alla richiesta stessa. Nessuno dei dati da Lei forniti potrà essere diffuso. I Dati potranno essere conosciuti, per le finalità di cui alla presente informativa, dai responsabili e dai soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali (dipendenti e/o collaboratori del Titolare) nonché da soggetti terzi (in qualità di responsabili) della cui opera il Titolare si avvale per la fornitura di servizi, l'elenco aggiornato dei quali è disponibile presso la sede del Titolare del trattamento. Il Titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) che può essere contattato per ogni informazione all'indirizzo e-mail dpo@clnicasanmartino.it. Lei potrà in qualsiasi momento chiedere al Titolare l'accesso ai dati, la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento o opporsi al trattamento dei dati o esercitare gli altri diritti di cui agli art. 15-22 del Regolamento scrivendo a Clinica San Martino S.r.l., Via Paradiso Ang. Via Selvetta 1, 23864 Malgrate (LC) oppure inviando una e-mail all'indirizzo dpo@clnicasanmartino.it.