



CLINICA SAN MARTINO

MODULO RICHIESTA FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA, REFERTI, DOCUMENTAZIONE CLINICA E IMMAGINI DIAGNOSTICHE

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____
 Il ___/___/___ residente a _____ in via _____
 Cap _____ Tel. _____ Documento d'Identità N° _____
 In qualità di _____

(indicare il soggetto che ritira la documentazione richiesta, tra le seguenti tipologie: Paziente, Delegato, Genitore, Erede, Tutore, Curatore, Amministratore di sostegno).

Richiedo copia:

- Cartella Clinica Referto Documentazione Clinica Immagine Diagnostica

 (Cognome e nome paziente)

 (Luogo e data di nascita)

 (Data del documento richiesto)

Data ___/___/___

 (firma leggibile del richiedente)

Se delegato dal paziente riportare firma leggibile del paziente che attesta la delega _____.

*Allegare copia documento d'identità del paziente e del delegato.

DA COMPILARE IN STRUTTURA

Io sottoscritto/a (titolare/delegato/a) _____

(cognome e nome del ritirante)

in data odierna ritiro copia di quanto sopra richiesto nel presente modulo:

Data

Firma di ricevuta

___/___/___

Costi

- Copia Cartella Clinica Formato Elettronico 5,00€ [indicare indirizzo email di spedizione _____]
 Copia Cartella Clinica Formato Cartaceo 10,00 €
 Copia CD 10,00 €
 Copia Referto 5,00 €

Richiesta spedizione a domicilio

Richiedo l'invio della documentazione richiesta al seguente indirizzo _____
 mediante

- Raccomandata semplice (tempo di consegna entro 6gg lavorativi) al costo di **15,00 €**
 Raccomandata 1 (tempo di consegna entro 3gg lavorativi) al costo di **25,00 €**



CLINICA SAN MARTINO

MODULO RICHIESTA FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA, REFERTI, DOCUMENTAZIONE CLINICA E IMMAGINI DIAGNOSTICHE

Modalità di pagamento tramite bonifico

Intestatario: CLINICA SAN MARTINO SRL – MALGRATE - Banca Popolare di Sondrio - Sede di Chiavenna (SO)

Iban: IT82D0569652110000005684X37

Causale da specificare nel bonifico: PAGAMENTO PER RITIRO (tipo DOCUMENTO es. Cartella Clinica) + COGNOME E NOME PAZIENTE

Dichiaro di esonerare la Clinica San Martino srl da ogni responsabilità in caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazione delle norme sulla privacy ed ogni altra circostanza alla stessa non imputabile causata dall'invio tramite raccomandata.

Data

Firma del Paziente

Firma del Delegato

____/____/____

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@clinicasanmartino.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@clinicasanmartino.it.

Luogo e data, _____/____/____ Firma leggibile del richiedente _____

Orario ritiro referti

Per referti, documentazione clinica, immagini diagnostiche.

Presso Accettazione piano 0.

Lunedì	7.30 – 21.00
Martedì	7.30 – 21.00
Mercoledì	7.30 – 21.00
Giovedì	7.30 – 21.00
Venerdì	7.30 – 21.00
Sabato	7.30 – 14.00

Nel mese di agosto l'orario di ritiro è 7.30 – 19.30 (da lunedì a venerdì) e il sabato 7.30 – 14.00.

Per fotocopie Cartella Clinica ricovero.

Presso Accettazione Chirurgica piano – 1 (ritiro su appuntamento, scrivere a repartochirurgico@clinicasanmartino.it)

Lunedì	9.00 – 18.00
Martedì	9.00 – 18.00
Mercoledì	9.00 – 18.00
Giovedì	9.00 – 18.00
Venerdì	9.00 – 18.00