



CLINICA SAN MARTINO

## DELEGA AL RITIRO REFERTI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

[\*] Carta di Identità N° \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_

In qualità di Paziente, ovvero di:

- Genitore di paziente minorenni
- Tutore legale
- Amministratore di Sostegno
- Altro \_\_\_\_\_

del Paziente:  
COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

### 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 delegato al ritiro)

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



## DELEGA AL RITIRO REFERTI

### 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@clinciasanmartino.it](mailto:repartochirurgico@clinciasanmartino.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

### 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@clinciasanmartino.it](mailto:dpo@clinciasanmartino.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@clinciasanmartino.it](mailto:dpo@clinciasanmartino.it).