

DICHIARAZIONE RITIRO CARTELLA CLINICA E IMMAGINI CORRELATE

PER IL SERVIZIO DI ACCETTAZIONE

Cartella Clinica _____ RX TAC RM ALTRO _____

intestata a _____,

richiesta il _____,

spedita con raccomandata A/R N. _____,

L'Incaricato del Servizio Accettazione

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome Nome) (Codice Fiscale)

Nato/a _____ il _____
(Luogo, Prov di Nascita) (Data Nascita)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, n.civico)

Doc. di identificazione _____
(tipo e n. documento di identità)

DICHIARA

di ricevere la consegna in busta chiusa con la dicitura "Riservata personale-dati particolari" della cartella clinica e delle immagini ad essa correlate come sopra indicato e s'impegna ad utilizzare i dati in essa indicati nel rispetto dei principi di cui al Regolamento Europeo 2016/679 ed alla restituzione, di eventuali lastre richieste in visione, nel termine massimo di tre mesi dalla consegna.

(Luogo e data)

(Firma)

