

Il/La sottoscritto/a .....

Nata/o a ..... il .....

in prima persona

Ovvero, in quanto

esercitante la potestà nei confronti del minore <sup>(1)</sup> .....

esercitante la rappresentanza legale nei confronti di <sup>(2)</sup> .....

essendo legittimo erede di <sup>(3)</sup> .....

**CHIEDE IL RILASCIO DI:**  **COPIA INTEGRALE DELLA CARTELLA CLINICA \***

**ESTRATTO DI CARTELLA** .....

-----  
\* In caso di copia integrale della cartella clinica la quota da corrispondere per il servizio è pari a **20 euro** a titolo di rimborso delle spese. AL MOMENTO DEL RITIRO PRESENTARE LA RICEVUTA DI PAGAMENTO da effettuare con una delle seguenti modalità:

- **BONIFICO: IT 53 G 02008 05364 000000767797** Intestato a Uildm Lazio Onlus presso: UniCredit Banca Spa – filiale Ottoboni

- **BOLLETTINO CONTO CORRENTE POSTALE N.: 37289006** Intestato a Uildm Lazio Onlus - Via P. Santacroce, 5 - 00167 Roma

CAUSALE: **RIMBORSO SPESE COPIA CARTELLA CLINICA - NOME COGNOME PAZIENTE**

-----  
 **RITIRA** in prima persona

**AUTORIZZA LA SPEDIZIONE PER RACCOMANDATA** al seguente indirizzo:

.....  
Roma il ..... Firma .....

Documento di identità valido n. ....

**DELEGA**

Il/la sig./ra .....

nata/o a ..... il .....

al ritiro presso la segreteria medica, della copia della cartella clinica del paziente sopra indicato.

Roma il ..... Firma del delegante .....

Documento di identità valido n. ....

Roma il ..... Firma del delegato .....

Documento di identità valido n. ....

	<b>RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA</b>	<b>Mod. M60</b>
		Ed. 2 Rev. 2 del 31 07 2019
		Pag. 2 di 2

**PER LA SEGRETERIA MEDICA**

Copia consegnata il ..... da .....

Firma per ricevuta .....

**DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

**(1) esercitante la potestà nei confronti del minore:**

- copia di un valido documento di identità;
- stato di famiglia (anche autocertificato).

**(2) esercitante la rappresentanza legale nei confronti di:**

Nel caso di interdetto o inabilitato:

- copia di un valido documento di identità;
- copia della sentenza attestante il proprio stato di tutore o curatore o copia integrale dell'atto di nascita.

**(3) essendo legittimo erede di:**

- copia di un valido documento di identità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualità di legittimo erede (anche autocertificata contenente lo specifico stato di erede legittimo, la relazione di parentela esistente con il defunto, nonché l'indicazione dei dati anagrafici del defunto).

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY**

**Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del Dlgs 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018**

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per assicurare il corretto svolgimento delle attività riabilitative, la conformità alle disposizioni di legge vigenti e ai fini del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa, tramite procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a prendere visione delle informative esposte nei locali o chiedere copia dell'informativa già fornita durante la prima registrazione dei suoi dati personali. **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** UILDM Lazio Onlus, Via Prospero Santacroce, 5, 00167 Roma RM, 066604881, mail [presidenza@uildmlazio.org](mailto:presidenza@uildmlazio.org). **Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati Personali:** Dott.ssa Virginia G. Basiricò, Via Prospero Santacroce, 5, 00167 Roma RM, 066604881, mail [privacy@uildmlazio.org](mailto:privacy@uildmlazio.org)