Ufficio Accettazione - tel:09557710211 - fax: 0957710276

Il\la Sottoscritto\a

Nome: _____Cognome: _____C.F.: _____

Nato a _____Prov. _____il _____

Indirizzo:

Città: _____ Cap: _____ Provincia _____

Telefono: _____

avendo richiesto copia della propria cartella clinica N. _____ ANNO_____

DELEGA (al ritiro)

il Sig. \ la sig.ra _____ nato\a a _____ il _____

a ritirare copia della cartella clinica (allegare copia documento identità delegato)

Il paziente dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'INFORMATIVA EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO GENERALE N. 2016/679/UE (GDPR) della Cenacolo Cristo Re s.r.l. – Casa di Cura Mons. Giosuè Calaciura. e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali

Data _____

Firma _____

Qualora il paziente fosse impedito ad apporre materialmente la firma, i testimoni di seguito indicati attestano che lo stesso ha espresso la volontà di conferire delega al ritiro:

1° Testimone Sig.……. data e luogo di nascita ….....…
(allegare copia documento)

Firma leggibile del 1° testimone ……

2° Testimone Sig.…….....……..…..... data e luogo di nascita .....……
(allegare copia documento)

Firma leggibile del 2° testimone ……