

DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Il/la Sig./a _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

residente a _____ in Via _____

titolare del **documento di identità** la cui copia verrà consegnata all'atto del ritiro della cartella clinica.

DELEGA

Il/la Sig./a _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

residente a _____ in Via _____

AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA COME DA RICHIESTA ALLEGATA.

<p>L'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI MONALDI – COTUGNO – CTO , in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi delle disposizioni del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (D.lgs 30 giugno 2003, n.196), così come modificato dal D.lgs. 101/2018 e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), tratterà i dati comuni e particolari di cui agli artt. 6 e 9 del GDPR e, in particolare, i dati idonei a rivelare lo stato di salute, dei pazienti e di coloro i quali esercitano la potestà genitoriale o legale, in caso di assistiti minori o incapaci, compresi, se richiesto, quelli, del nucleo familiare degli assistiti, per le sole finalità legate allo svolgimento delle attività sanitarie ed istituzionali, a fronte della erogazione delle prestazioni nelle diverse articolazioni organizzative, amministrative e di cura e/o assistenza dell' Azienda. L'informativa completa, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ed ogni altra informazione sul trattamento dei dati personali è disponibile al seguente sito web: www.ospedalideicolli.it/privacy/</p>	<p>_____/____/____ (luogo e data)</p> <p>_____ Il/La Richiedente Firma</p>
--	--

La presente DELEGA deve essere consegnata a mano presso l'Ufficio Archivio Cartelle Cliniche

dell'ospedale _____ comprensiva di:

- **copia della richiesta effettuata con il relativo pagamento;**
- **copia documento di identità del richiedente fronte/retro in copia;**
- **copia documento di identità del delegato fronte/retro in copia;**