



DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA, VERBALE DEA/PS, CARTELLA AMBULATORIALE

Il/La sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

al ritiro della copia di Cartella Clinica / Referto DEA/PS / Passaggio DEA/PS / Cartella Ambulatoriale

richiesto/a il _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data _____ firma (per esteso) _____

Avvertenze:

Il delegato deve esibire un proprio documento di identità

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve a delegare una persona al ritiro della cartella clinica/verbale DEA/PS/cartella ambulatoriale nel caso in cui il richiedente sia impossibilitato.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il richiedente della cartella clinica/verbale DEA/PS/cartella ambulatoriale.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) recapitato personalmente alla Direzione Sanitaria e/o Ufficio Cassa;
- b) *inviato tramite posta ordinaria o telefax o mail alla Direzione Sanitaria di Presidio*
- c) *inviato all'indirizzo PEC dell'ASL CN1: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

Avvertenze

- *Alla richiesta inviata con le modalità indicate ai punti b) e c) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente*
- *si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione*

RIFERIMENTI:

UFFICIO	TELEFONO	FAX	E-MAIL
Direzione Sanitaria Ceva	0174 / 723 711	0174 / 723 717	dirsan.ceva@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Fossano	0172 / 699 281	0172 / 699 282	dirsan.fossano@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Mondovì	0174 / 677 032	0174 / 677 003	dirsan.mondovi@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Saluzzo	0175 / 215 525	0175 / 215 526	dirsan.saluzzo@aslcn1.it
Direzione Sanitaria Savigliano	0172 / 719 117	0172 / 719 124	dirsan.savigliano@aslcn1.it