



M-72-01-03

Rev. 10

Data rev. 30/05/2023

RICHIESTA di copia Cartella Clinica

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (Prov. _____) il _____

Documento _____ Numero _____

Indirizzo e-mail _____

Intestatario/a della Cartella Clinica relativa al ricovero del (indicare la data): _____

RICHIEDE COPIA C. C.

Modalità di ritiro: RITIRO ON LINE **IN CLINICA:** per il ritiro della copia di Cartella Clinica è obbligatorio presentare il documento dell'Intestatario della Cartella Clinica e dell'eventuale delegato.

Firma del Richiedente

(Intestatario della Cartella Clinica)

In base a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679, La informiamo che i dati conferiti sono trattati da Fenice Parioli Srl, Titolare del trattamento, per dare riscontro alla richiesta e conservati, attraverso modalità cartacee e informatiche, nel rispetto delle misure di sicurezza adeguate, nei termini di legge. Per ulteriori informazioni ed esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 - 22 del Regolamento, è possibile contattare il Titolare inviando una mail a info@clinicaparioli.it o il DPO all'indirizzo: dpo@clinicaparioli.it.

Data e luogo _____

Firma per il consenso

**Il pagamento, di € 48,80,
dovrà essere effettuato al momento della richiesta**

In caso di pagamento con bonifico, intestare a Fenice Parioli srl

IBAN: IT 98 T 01030 03218 000002114120 - MONTE PASCHI DI SIENA

Causale: pagamento copia cartella clinica del/della Sig./ra (indicare il nome del paziente)**La contabile del bonifico dovrà essere inviata all'indirizzo mail:****richiesta.cartelle@clinicaparioli.it****Solo al ricevimento della stessa, la Sua richiesta verrà messa in lavorazione.**