

MOD000690/04

Spett.le
Ufficio cartelle cliniche
Hesperia Hospital Modena
Tel. 059/449200 Fax 059/394840

Il presente modulo, compilato e firmato, insieme a una copia fronte/retro controfirmata di un documento valido di identità del richiedente, può essere inviato a mezzo fax al numero 059/394840 o via mail all'indirizzo fatturazione@hesperia.it o mezzo posta all'indirizzo: Hesperia Hospital – Ufficio cartelle cliniche – Via Arquà 80 – 41125 Modena

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

RECAPITO TELEFONICO

INDIRIZZO MAIL

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace o, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, sarà punito ai sensi del codice penale come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARO DI ESSERE

- Diretto interessato (capace e maggiorenne)
- Genitore titolare della potestà sul minore.....
- Tutore/curatore di (*).....
- Amministratore di sostegno di (*).....
- Erede legittimo/testamentario di (*).....
- Soggetto terzo legittimato ad esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria, ai sensi dell'art.9 del GDPR, di pari rango a quello dell'interessato (*).....
- Soggetto che deve tutelare, nei limiti di legge, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato (*).....

(*) in tutti questi è necessaria l'autocertificazione che dimostro la legittimazione alla richiesta di documentazione sanitaria altrui (da allegare alla richiesta)

per il proseguimento delle cure successive al ricovero

RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

RICOVERO DAL ___/___/___ AL ___/___/___ REPARTO _____

RICOVERO DAL ___/___/___ AL ___/___/___ REPARTO _____

RICOVERO DAL ___/___/___ AL ___/___/___ REPARTO _____

MOD000690/04

MODALITA' DI CONSEGNA E PAGAMENTO

- FORMATO CARTACEO - €30,50 (per ogni cartella) più €10,50 per la spedizione**
SPEDIZIONE CON CORRIERE ESPRESSO AL SEGUENTE INDIRIZZO
PAGAMENTO IN CONTRASSEGNO AL CORRIERE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA

DESTINATARIO_____
VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO_____
CAP_____
CITTA'_____
PROVINCIA_____
RECAPITO TELEFONICO_____
INDIRIZZO MAIL

- FORMATO DIGITALE - €34,00 (per ogni cartella)**
FILE PDF FIRMATO DIGITALMENTE SCARICABILE AL LINK INVIATO VIA E-MAIL PAGAMENTO CON CARTA
DI CREDITO/BONIFICO BANCARIO SEPA TRAMITE LINK INVIATO VIA MAIL
L'indirizzo mail e il numero di cellulare indicati qui sotto saranno utilizzati per le comunicazioni e per il
download dei documenti, pertanto è importante che facciano riferimento alla **stessa persona**.

NUMERO CELLULARE_____
INDIRIZZO MAIL_____
DATA_____
FIRMA

Informativa privacy. Io sottoscritto dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati in conformità alla normativa sulla tutela dei dati personali (Reg.to EU 2016/679, Codice privacy) per la sola finalità di rilascio di copia della cartella clinica. I dati saranno trattati da personale debitamente autorizzato e formato, con l'applicazione delle misure di sicurezza tecniche ed organizzative necessarie a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati, per il tempo necessario ad adempiere alla richiesta. Il titolare è Hesperia Hospital Modena e ogni richiesta potrà essere rivolta a privacy@hesperia.it o al DPO dpo@hesperia.it

DATA_____
FIRMA