

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 0577 578600, via mail all'indirizzo [accettazione@ruganihospital.it](mailto:accettazione@ruganihospital.it) o mezzo posta all'indirizzo: Rugani Hospital – SR222 Chiantigiana, 49/B – 53035 Monteriggioni (SI)

**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 dimostri la legittimazione alla richiesta di documentazione sanitaria altrui (da allegare alla richiesta)

Revisione

Verificato

Approvato

1



## RICHIEDO COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_

RICOVERO DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_

## 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 Rugani Hospital Srl e ogni richiesta potrà essere rivolta a [privacy@ruganihospital.it](mailto:privacy@ruganihospital.it) o al DPO [dpo@ruganihospital.it](mailto:dpo@ruganihospital.it)

DATA

FIRMA

Revisione

Verificato

Approvato

1

