



CLINICA SAN MARTINO

## MODULO RICHIESTA FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA, REFERTI, DOCUMENTAZIONE CLINICA E IMMAGINI DIAGNOSTICHE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ C.A.P.

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

in quanto:

- Intestatario della documentazione richiesta     Genitore     Erede  
 Delegato     Tutore - Curatore     Amministratore di sostegno

richiedo:

- Cartella Clinica     Referto     Documentazione Clinica     Immagine Diagnostica

**Estremi di quanto qui richiesto:**

\_\_\_\_\_  
(Cognome e nome paziente)

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data di nascita)

\_\_\_\_\_  
(Data del documento richiesto)

**Allego copia del mio documento d'identità, del documento d'identità del delegante titolare e del delegato e del documento attestante il diritto legale a farne richiesta**

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (firma leggibile del richiedente)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- titolare     delegato/avente diritto  
 delego, al ritiro della copia il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

Documento d'identità \_\_\_\_\_

identificato mediante presentazione di documento di identità di cui rilascerà la copia.

richiedo, che l'invio della documentazione richiesta avvenga mediante raccomandata semplice al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Dichiaro di esonerare la Clinica San Martino srl da ogni responsabilità in caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazione delle norme sulla privacy ed ogni altra circostanza alla stessa non imputabile causata dall'invio tramite raccomandata.

**Clinica San Martino s.r.l.**

**Sede Legale:**  
Via Paradiso angolo Via Selvetta 1  
23864 Malgrate (LC)  
Tel. 0341 1695111

**Sedi Operative:**  
23864 Malgrate (LC) | Via Paradiso angolo Via Selvetta

**Dir. San.**  
Dottor Alessandro Rampa



CLINICA SAN MARTINO

Data

Firma del Delegante

Firma del Delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a titolare/delegato/a al ritiro \_\_\_\_\_

(Cognome e nome del ritirante)

Identificato con documento \_\_\_\_\_

Già presente e allegato, ritiro in data odierna copia di quanto sopra richiesto nel presente modulo

Data

Firma di ricevuta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR")

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR, **Clinica San Martino S.r.l. (Titolare del trattamento)** La informa che i dati personali da Lei forniti attraverso la compilazione del presente modulo (di seguito i "Dati") saranno trattati, manualmente, per finalità di gestione della Sua richiesta di documentazione sanitaria. Base giuridica del trattamento è l'esecuzione della prestazione da Lei richiesta. Il conferimento dei recapiti telefonici consentirà esclusivamente l'effettuazione di comunicazioni inerenti la richiesta stessa. Il conferimento dei Dati è facoltativo; tuttavia, un eventuale rifiuto a fornirli determinerà l'impossibilità di dare corso alla richiesta stessa. Nessuno dei dati da Lei forniti potrà essere diffuso. I Dati potranno essere conosciuti, per le finalità di cui alla presente informativa, dai responsabili e dai soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali (dipendenti e/o collaboratori del Titolare) nonché da soggetti terzi (in qualità di responsabili) della cui opera il Titolare si avvale per la fornitura di servizi, l'elenco aggiornato dei quali è disponibile presso la sede del Titolare del trattamento. Il Titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) che può essere contattato per ogni informazione all'indirizzo e-mail [dpo@clinicasanmartino.it](mailto:dpo@clinicasanmartino.it).

Lei potrà in qualsiasi momento chiedere al Titolare l'accesso ai dati, la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento o opporsi al trattamento dei dati o esercitare gli altri diritti di cui agli art. 15-22 del Regolamento scrivendo a Clinica San Martino S.r.l., Via Paradiso Ang. Via Selvetta 1, 23864 Malgrate (LC) oppure inviando una e-mail all'indirizzo [dpo@clinicasanmartino.it](mailto:dpo@clinicasanmartino.it).

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma leggibile del richiedente \_\_\_\_\_

**Orari ritiro in Accettazione Generale (piano terra), referti, documentazione clinica diversa da Cartelle Cliniche e immagini diagnostiche:**

Lunedì	7.30 – 22.00
Martedì	7.30 – 22.00
Mercoledì	7.30 – 22.00
Giovedì	7.30 – 22.00
Venerdì	7.30 – 22.00
Sabato	7.30 – 14.00

Nel mese di agosto l'orario di ritiro è 7.30 – 19.30 (da lunedì a venerdì) e il sabato 7.30 – 14.00.

**Orari ritiro in Accettazione Chirurgica (Piano -1) fotocopie Cartelle Cliniche**

Lunedì	9.00 – 18.00
Martedì	9.00 – 18.00
Mercoledì	9.00 – 18.00
Giovedì	9.00 – 18.00
Venerdì	9.00 – 18.00

## Clinica San Martino s.r.l.

**Sede Legale:**

Via Paradiso angolo Via Selvetta 1  
23864 Malgrate (LC)  
Tel. 0341 1695111

**Sedi Operative:**

23864 Malgrate (LC) | Via Paradiso angolo Via Selvetta

**Dir. San.**

Dottor Alessandro Rampa