

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il sottoscritto _____, nella qualità di

- utente []
- genitore [] dell'utente _____
- tutore [] dell'utente _____

ricoverato in regime SEMIRESIDENZIALE presso l'Istituto Giovanni XXIII sito in Riposto in V. Nazionale 171 con la presente richiede

- relazione sanitaria riassuntiva del quadro clinico riabilitativo []
- copia della seguente documentazione clinica _____
_____ []
- copia dell'intera documentazione clinica []
- certificato di frequenza []

Data _____

Firma _____

Delega per il ritiro da parte di persona diversa dal richiedente

Il sottoscritto _____ delega _____,
nato a _____ il _____ al ritiro della documentazione
richiesta (il delegato deve munirsi di fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità).

Data _____

Firma del delegante _____

I dati relativi al delegato, ai sensi del GDPR Re. EU 679/16 e s.m.i. saranno utilizzati solo ed esclusivamente ai fini del riconoscimento dello stesso e non verranno diffusi se non nei casi di obbligo di legge o di controllo da parte dell'autorità giudiziaria.

Consenso del delegato: data _____ e firma _____

Data e firma per l'avvenuto ritiro di quanto richiesto

Data _____ e firma _____