

## DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA, VERBALE DEA/PS, CARTELLA AMBULATORIALE

Il/La sottoscritto/a

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il Sig./La Sig.ra

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

al ritiro della copia di Cartella Clinica / Referto DEA/PS / Passaggio DEA/PS / Cartella Ambulatoriale  
richiesto/a il \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1., esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

data \_\_\_\_\_ firma (per esteso) \_\_\_\_\_

Avvertenze:

Il delegato deve esibire un proprio documento di identità

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*Il modulo serve a delegare una persona al ritiro della cartella clinica/verbale DEA/PS/cartella ambulatoriale nel caso in cui il richiedente sia impossibilitato.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Il richiedente della cartella clinica/verbale DEA/PS/cartella ambulatoriale.*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo può essere:*

- a) recapitato personalmente alla Direzione Sanitaria e/o Ufficio Cassa;
- b) *inviato tramite posta ordinaria o mail alla Direzione Sanitaria di Presidio*
- c) *inviato all'indirizzo PEC dell'ASL CN1: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)*

### **Avvertenze**

- *Alla richiesta deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente*
- *si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione*

### **RIFERIMENTI:**

UFFICIO	TELEFONO	E-MAIL
Direzione Sanitaria Ceva	0174 / 723 711	<a href="mailto:dirsan.ceva@aslcn1.it">dirsan.ceva@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Fossano	0172 / 699 281	<a href="mailto:dirsan.fossano@aslcn1.it">dirsan.fossano@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Mondovì	0174 / 677 032	<a href="mailto:dirsan.mondovi@aslcn1.it">dirsan.mondovi@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Saluzzo	0175 / 215 525	<a href="mailto:dirsan.saluzzo@aslcn1.it">dirsan.saluzzo@aslcn1.it</a>
Direzione Sanitaria Savigliano	0172 / 719 117	<a href="mailto:dirsan.savigliano@aslcn1.it">dirsan.savigliano@aslcn1.it</a>