



Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ CF _____
telefono _____ PEC/mail _____ (leggibile)

CHIEDE (spuntare il quadratino corrispondente alle richieste)

la copia della propria **Cartella Clinica**
 la copia **Cartella Clinica** del figlio/a _____ nato il _____
 CF _____, di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 la copia **Cartella Clinica** del Sig./a _____ nato il _____
 CF _____ e allega la delega con documento del delegante e del delegato
 Copia conforme **Copia semplice** **ricovero del** _____

la copia del proprio **Referto ambulatoriale** **diagnostica** **PS**
 la copia **Referto ambulatoriale** **diagnostica** **PS**
 del figlio/a _____ nato/a il _____
 CF _____ di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 la copia **Referto ambulatoriale** **diagnostica** **PS**
 del Sig./a _____ nato/a il _____ CF _____
 _____ e allega la delega con documento del delegante e del delegato
 Copia conforme **Copia semplice** **prestazione del** _____

la propria copia di: **Rx** **Rmn** **Tac** **altro.....** **in CD**
 effettuato/i il _____
 la copia del figlio/a _____ **Rx** **Rmn** **Tac** **altro.....** **in CD**
 CF _____ Effettuato/i il _____ di cui
 ne dichiara la patria potestà
 la copia del Sig./a _____ **Rx** **Rmn** **Tac** **altro.....** **in CD**
 Effettuato/i il _____ CF _____ e allega la
 delega con documento del delegante e del delegato

Propria Radiografia in visione effettuata il _____ (*Precedenti al 01.02.2007)
 Radiografia in visione effettuata il _____ (*)
 del figlio/a _____ nato/a il _____ di cui ne dichiara la potestà genitoriale
 Radiografia in visione effettuata il _____ (*)
 del Sig./a _____ nato il _____ con delega e documento delegante e delegato

DICHIARANDO

che ritira di persona con documento valido d'identità o, se impossibilitato, ritira persona delegata con proprio documento d'identità nonché copia del documento del delegante.

di volere la spedizione al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____ TEL. _____

N.B.: la spedizione può essere chiesta dal titolare della documentazione clinica tramite il presente modulo o da persona delegata (allegare delega).

di volere la consegna on line (servizio disponibile solo per i ricoveri dal 1975 a tutt'oggi)
Solo copia semplice di cartella clinica (no copia CD di Rx via web)

ALLEGARE copia documento di identità del richiedente/ del delegato

Bologna, _____ FIRMA _____

Tutti i dati personali raccolti con il presente modulo saranno trattati secondo la normativa privacy europea e nazionale vigente e, pertanto, esclusivamente al fine di soddisfare la Sua richiesta e limitatamente al periodo di tempo strettamente necessario per il perseguimento di tale finalità.

L'informativa completa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR) è rinvenibile sul sito istituzionale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli al link:

[*https://www.ior.it/index.php/informazioni-sul-trattamento-e-sulla-protezione-dei-dati-personali*](https://www.ior.it/index.php/informazioni-sul-trattamento-e-sulla-protezione-dei-dati-personali)