



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

CHIEDE (spuntare il quadratino corrispondente alle richieste)

<input type="checkbox"/>	la copia della propria Cartella Clinica		
<input type="checkbox"/>	la copia Cartella Clinica del figlio/a _____ nato il _____ di cui ne dichiara la potestà genitoriale		
<input type="checkbox"/>	la copia Cartella Clinica del Sig./a _____ nato il _____ e allega la delega con documento del delegante e del delegato		
<input type="checkbox"/>	Copia conforme	<input type="checkbox"/>	Copia semplice
		<input type="checkbox"/>	ricovero del _____

<input type="checkbox"/>	la copia del proprio Referto ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	diagnostica	<input type="checkbox"/>	PS
<input type="checkbox"/>	la copia Referto ambulatoriale del figlio/a _____ nato/a il _____ di cui ne dichiara la potestà genitoriale	<input type="checkbox"/>	diagnostica	<input type="checkbox"/>	PS
<input type="checkbox"/>	la copia Referto ambulatoriale del Sig./a _____ nato/a il _____ e allega la delega con documento del delegante e del delegato	<input type="checkbox"/>	diagnostica	<input type="checkbox"/>	PS
<input type="checkbox"/>	Copia conforme	<input type="checkbox"/>	Copia semplice	<input type="checkbox"/>	prestazione del _____

<input type="checkbox"/>	la propria copia di:	<input type="checkbox"/>	Rx	<input type="checkbox"/>	Rmn	<input type="checkbox"/>	Tac	<input type="checkbox"/>	altro.....	<input type="checkbox"/>	in CD
	effettuato/i il _____										
<input type="checkbox"/>	la copia del figlio/a _____ Effettuato/i il _____ di cui ne dichiara la patria potestà	<input type="checkbox"/>	Rx	<input type="checkbox"/>	Rmn	<input type="checkbox"/>	Tac	<input type="checkbox"/>	altro.....	<input type="checkbox"/>	in CD
<input type="checkbox"/>	la copia del Sig./a _____ Effettuato/i il _____ e allega la delega con documento del delegante e del delegato	<input type="checkbox"/>	Rx	<input type="checkbox"/>	Rmn	<input type="checkbox"/>	Tac	<input type="checkbox"/>	altro.....	<input type="checkbox"/>	in CD

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)