STUDIO DENTISTICO – C.M.C.I. SRL

Dir. San. Dott. Sergio Dovigo iscrizione Ord. VI n. 3793 Aut. San. N. 12097

VIA MASOTTO N.4 – 36025 NOVENTA VICENTINA – TEL. 0444 760303 - E-MAIL: appuntamenti@cmciveneto.it

MODULO RICHIESTA COPIA ESAME RADIOLOGICO SU SUPPORTO INFORMATICO

Il Sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ ( ) il _____

Residente a _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ N. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

Mail _____ PEC _____

In qualità di:

☐ Intestatario ☐ delegato dell'avente diritto ☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale

☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Erede ☐ Persona unita civilmente o convivente di fatto del defunto

☐ Terzo con interesse giuridicamente rilevante ☐ Avvocato o consulente di parte ☐ Altro

_____

RICHIEDE IL RILASCIO DELLA COPIA DELL'ESAME RADIOLOGICO INTESTATA A:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ ( ) il _____

Residente a _____ Provincia _____

Via/Piazza _____ N. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

Mail _____ PEC _____

Allegare:

- Copia fronte e retro del documento d'identità del titolare o avente diritto della cartella clinica;
- In caso di richiedente diverso dal titolare dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il relativo status;
- In caso di delega, delega allegata corredata del documento d'identità del delagante e delegato
- In caso di consegna posta mail o PEC, attestazione di avvenuto pagamento anticipato.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Art. 13 del regolamento Europeo n. 2016/679 del 27.04.2016)

I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla presente richiesta e saranno trattati in conformità alle norme vigenti dagli addetti agli uffici aziendali e coinvolti nella attività di cui alla presente richiesta. I dati non saranno diffusi o comunicati a terzi. Può essere prevista la comunicazione per i soli obblighi di legge in relazione alle finalità della presente richiesta.
L'interessato ha facoltà di esercitare i diritti a lui riconosciuti dal Regolamento Europeo n. 2016/679.
Titolare del trattamento è la CMCI srl in persona del suo Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore.

Consegna avvenuta in Data _____

Firma titolate o delegato _____