

Richiesta Documentazione Clinica

MD.DE 26 Rev 8

Per facilitare l'esercizio dei suoi diritti abbiamo attivato un'apposita casella di posta elettronica privacy@casadicuravillafiorita.it oppure attraverso il contatto del DPO dpo@casadicuravillafiorita.it.
Prima di poterLe fornire, o modificare qualsiasi informazione, potrebbe essere necessario verificare la Sua identità e rispondere ad alcune domande. Una risposta sarà fornita al più presto.

Diritto di reclamo

Nel caso in cui Lei si ritenga comunque leso nei suoi diritti, può proporre reclamo all'autorità Garante attraverso l'apposita modulistica pubblicata sul sito www.garanteprivacy.it.

Obbligo o meno di conferimento dei dati e conseguenze del mancato conferimento

Il conferimento dei suoi dati è obbligatorio per quanto riguarda la finalità indicata; l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta comunque l'impossibilità di prendere in carico la sua richiesta.

Firma del Delegato/a per presa visione

Perugia, _____

Con la sottoscrizione del presente documento, anche ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 ("GDPR"):

- a) La/il Delegante riconosce che CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL è già in possesso dei dati indicati nel presente modulo e di esser già stata/stato edotta/adotta da CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL circa le finalità e le modalità di trattamento dei dati e che l'eventuale comunicazione da parte della/del delegante di dati aggiornati costituisce esercizio del diritto ex art. 16 GDPR di rettifica e integrazione dei dati già trattati da CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL in qualità di titolare del trattamento;
- b) La/il Delegante autorizza CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL a consegnare brevi mano, in busta chiusa la documentazione clinica come sopra richiesto, al Delegato;
- c) La/il Delegata/o, qualora non operi per finalità esclusivamente personali ai sensi del Considerando n. 18 GDPR, si impegna a trattare i dati del delegante in qualità di titolare autonomo del trattamento e a farsi carico del puntuale rispetto dei principi e degli adempimenti di cui al GDPR.
- d) La/il Delegata/o riconosce che CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL tratta i suoi dati personali sopra riportati:
al solo fine della corretta e legittima verifica, esecuzione e documentazione delle attività connesse alla delega ricevuta;
insieme al fascicolo della/del Delegante e per il medesimo arco temporale.

Firma del Delegante

Firma del Delegato

La cartella clinica viene rilasciata dietro pagamento di € 20,00 per i diritti di segreteria, escluse le spese di spedizione.

Cartella ritirata il: _____ Firma: _____

Consegnata da: _____

Lo spazio sottostante è riservato all'ufficio

Spedizione normale Spedizione in contrassegno Spedita il _____

Osservazioni: _____