



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ (leggibile)

**CHIEDE (spuntare il quadratino corrispondente alle richieste)**

la copia della propria **Cartella Clinica**  
 la copia **Cartella Clinica** del figlio/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
 di cui ne dichiara la potestà genitoriale  
 la copia **Cartella Clinica** del Sig./a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_ di cui ne dichiara la potestà genitoriale  
 la copia **Referto ambulatoriale**       **diagnostica**       **PS**  
 del Sig./a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 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  
 Effettuato/i il \_\_\_\_\_ di cui ne dichiara la patria potestà  
 la copia del Sig./a \_\_\_\_\_  **Rx**  **Rmn**  **Tac**  **altro.....**       in CD  
 Effettuato/i il \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_

**VEDI RETRO**

I Suoi 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>