REGIONE VENETO
ospedaleriabilitativo
DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.p.a.
MOTTA DI LIVENZA TREVISO

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'U.L.S.S. N°2 Marca Trevigiana

Iscritta al Registro delle Imprese di Treviso, Codice Fiscale e Partita IVA n. 03809980265
Cap. Sociale Euro 8.300.000 i.v.
Via Padre Leonardo Bello 3/c
31045 Motta di Livenza (TV)
Tel. 0422 287111 - Fax 0422 287321
E-mail: info@ospedalemotta.it
Web: www ospedalemotta it

Direzione Sanitaria

Direttore Sanitario
Dott. Davor Perkovic

Documentazione sanitaria
Tel 0422-287276 - Fax 0422-867321
documentazione.sanitaria@ospedalemotta.it
dal lunedì al venerdì: 8.30 - 12.00 / 14.00 - 16.00

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

COMPILARE IN STAMPATELLO

Titolare della documentazione Sig./Sig.ra _____ _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ cap. _____

telefono _____ e-mail _____

codice fiscale _____

Il richiedente _____ in qualità di _____

CARTELLA CLINICA

Reparto _____ dal _____ al _____ n. copie _____

Reparto _____ dal _____ al _____ n. copie _____

IMMAGINI E REFERTI DI INDAGINI DIAGNOSTICHE SU SUPPORTO CD/DVD

_____ n. copie _____
(specificare tipo e data di effettuazione della prestazione)

REFERTI AMBULATORIALI

_____ n. copie _____
(specificare tipo e data di effettuazione della prestazione)

PER USO: ☐ assicurativo ☐ medico ☐ legale

RITIRO ALLO SPORTELLO - MOTTA DI LIVENZA:

☐ dal titolare o soggetto legittimato

☐ da persona delegata: _____
(cognome e nome, luogo e data di nascita)

RITIRO ALLO SPORTELLO - BORGO CAVALLI, TREVISO:

☐ dal titolare o soggetto legittimato

☐ da persona delegata: _____
(cognome e nome, luogo e data di nascita)

INVIO A DOMICILIO: ☐ all'indirizzo del titolare ☐ ad altro indirizzo indicato dal titolare (scrivere nella parte sottostante)

_____

Allegare documento d'identità in corso di validità (fronte/retro) del richiedente e del delegato, Atto di notorietà (nei casi previsti) e COPIA CONTABILE BONIFICO effettuato.

Data _____ Firma del richiedente _____
(allegare fotocopia documento di identità valido)

Informazioni sul trattamento dei dati personali (ai sensi degli articoli 13 e 14 del RGPD 2016/679)
L'ORAS, in qualità di titolare del trattamento tratterà i dati personali raccolti esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale vengono presentati e per finalità di archiviazione nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. I dati personali verranno trattati da personale specificamente autorizzato inclusi i soggetti ai quali l'ORAS ha affidato attività di trattamento in qualità di responsabili esterni ai sensi del art 28 del regolamento UE 2016/679, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. Il conferimento di tali dati è obbligatorio, pertanto l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di dare seguito all'istanza presentata. I dati acquisiti nell'ambito della presente procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa e sanitaria e non saranno comunicati a soggetti terzi non autorizzati fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. Per far valere i suoi diritti come previsto al CAPO III DEL Regolamento Generale UE 2016/679 in qualsiasi momento può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.a. Via Padre Leonardo Bello, 3/C 31045 Motta di Livenza tel 0422-287339 e-mail: rpd@ospedalemotta.it pec: rpd@pec.ospedalemotta.it.