



**DIREZIONE MEDICA**

**Richiesta di copia di cartella clinica e/o documentazione sanitaria**

MINORE: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Figlio/a di \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

al Sig. **Dirigente Medico Responsabile**  
**Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” - Bari**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Documento di identità: tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

in qualità di:  padre\*  madre\*  tutore  delegato\*\*  altre autorità (\_\_\_\_\_)  
 diretto interessato al tempo del ricovero minorenne

1. tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

2. tel. \_\_\_\_\_

\* in qualità di genitore dichiara di non essere decaduto dalla podestà parentale e di non essere sottoposto, da parte dell'autorità giudiziaria, a provvedimenti limitativi sul minore (autodichiarazione ai sensi dell'art. 46 legge 445 del 28/12/2000).

\*\* si specifica che il delegato ha l'obbligo di presentare giusta delega prima del ritiro della copia richiesta

**CHIEDE**

copia della Cartella Clinica per uso \_\_\_\_\_

copia del referto di Pronto Soccorso per uso \_\_\_\_\_

certificato di degenza per uso \_\_\_\_\_

del minore in oggetto indicato, già ricoverato nell'Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” di Bari:

1. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o U.O. \_\_\_\_\_

2. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o U.O. \_\_\_\_\_

3. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o U.O. \_\_\_\_\_

**Desidera ricevere a domicilio la documentazione clinica con spese a carico dell'interessato** SI NO

Bari, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del richiedente

Visto  
si autorizza il rilascio  
(il funzionario incaricato)

\_\_\_\_\_ N.B si allega copia documento di identità

\_\_\_\_\_ firma per ricevuta

**Informazioni sul trattamento dei dati personali**

Il Titolare del trattamento è l'A.O.U. Consorziale Policlinico Giovanni XXIII di Bari, con sede legale in Piazza Giulio Cesare, 11 – 70124 Bari, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale UE per la protezione dei dati personali 2016/679; i dati personali raccolti con il presente modulo verranno trattati dal personale specificamente autorizzato ed unicamente per le attività amministrative relative alla gestione della presente richiesta nei modi e nei limiti necessari per perseguire la sopracitata finalità.

I dati raccolti sono custoditi presso la Direzione Sanitaria, Ufficio Cartelle Cliniche, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle specifiche normative vigenti. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti di cui al capo III del Regolamento (UE) 2016/679 rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati, mediante l'invio di una lettera indirizzata al Responsabile della protezione dei dati personali dell'AO.U. Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 Bari Tel. 080/5595.644 – 080/5592.658 e-mail RPD.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it