



DIREZIONE MEDICA

MODELLO DI DELEGA

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 minorenne al tempo del ricovero

tel. _____

tel. _____ mail _____

* 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.

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ tel _____

Documento di identità: tipo _____ n. _____

Rilasciato il _____ da _____ scadenza _____

A richiedere/ ritirare copia della cartella clinica e/o altra documentazione sanitaria del

MINORE: _____ C.F. _____

Figlio di _____ e di _____

nat_ a _____ (prov.) _____ il _____

e residente a _____ (prov.) _____ via _____ CAP _____

Bari, _____

firma del delegante

visto
si autorizza il rilascio
(il funzionario incaricato)

N.B si allega copia documento di identità

firma del delegato

N.B si allega copia documento di identità

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