



**FONDAZIONE R.S.A. CASA DI RIPOSO DI SALO'**  
**"RESIDENZA GLI ULIVI"**

**RICHIESTA COPIA CARTELLA SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a .....nato/a a .....

( ) il ..... residente a .....

via ..... telefono .....

Mail .....

**In qualità di:**

- Intestatario della cartella sanitaria       Familiare (grado di parentela) \_\_\_\_\_  
 Tutore (\*)       Curatore (\*)  
 Amministratore di sostegno (\*)       Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)(\*\*)

**RICHIEDE**

**copia della Cartella Sanitaria**

del/della Sig./Sig.ra.....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... via .....

periodo di ricovero.....Nucleo di degenza.....

Motivazione (in caso di richiesta da parte degli eredi) .....

.....

.....

..... Salò,

.....

.....

Firma del richiedente .....

(Allegare documento d'identità)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo saranno trattati, in modalità cartacea che informatizzata dal nostro personale incaricato, per le finalità connesse al rilascio della documentazione da Lei richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o a soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento ovvero disposizioni impartite da autorità, anche ai fini di controllo della veridicità delle dichiarazioni rese. Resa esclusa la diffusione. Titolare del Trattamento è: Fondazione RSA CASA DI RIPOSO DI SALO', Via S. ZANE n.10, Salò (BS). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai seguenti recapiti email: [privacy.rsagliulivi@libero.it](mailto:privacy.rsagliulivi@libero.it)  
Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e succ. del Regolamento UE rivolgendosi al Titolare del trattamento.

(\*) allegare copia della sentenza/decreto di nomina

(\*\*) specificare il grado di parentela/affinità



**FONDAZIONE R.S.A. CASA DI RIPOSO DI SALO'  
"RESIDENZA GLI ULIVI"**

ALLEGATO ALLA DOMANDA  
DI ACCESSO DOCUMENTALE

**DELEGA**

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

d e l e g a

il sig. ....

nato a ..... il .....

- per la presentazione dell'istanza di esercizio del diritto di accesso
- per il ritiro della documentazione richiesta con istanza del .....
- per l'esame della documentazione richiesta con istanza del .....

Luogo e data .....

**IL DELEGANTE**

.....

Allega copia fronte retro del proprio documento di identità