

Tipo documento:  
**MODULO GENERALE**Codice identificazione  
**D.C.\_PRO\_CCP\_M03\_MH**Titolo documento:  
**RICHIESTA CARTELLA CLINICA**Data:  
**18/02/2025** Pag. **1 a 4****RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**Alla Direzione Sanitaria del Marrelli Hospital  
(powered by Marrelli Health S.r.l.)  
Via G. da Fiore, 5 – 88900 Crotona (KR)**Il sottoscritto:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Documento di identità

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci****DICHIARA DI ESSERE**

- Intestatario della documentazione sanitaria** (per richieste inoltrate via e-mail a [cartella.clinica@marrellihospital.it](mailto:cartella.clinica@marrellihospital.it) allegare copia del documento d'identità)
- Genitore esercente la patria potestà** (allegare copia del documento di identità)
- Tutore** (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)
- Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi** (allegare copia del documento di identità)

Dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- n° \_\_\_\_\_ copie della cartella clinica al periodo di ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- n° \_\_\_\_\_ copie della cartella clinica al periodo di ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Con esame radiologico

**MARRELLI HEALTH srl****SEDE LEGALE**Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR) tel. (+39) 0962 93 02 76  
[marrellihealth.it](http://marrellihealth.it) - [info@marrellihealth.it](mailto:info@marrellihealth.it)  
c.f. / p. iva 01356640795 cod. univoco 5RU082D  
REA: KR - 111593 | capitale sociale € 2.706.235,00 i.v.

## Unità Operativa

**CALABRODENTAL**Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR)  
tel. 0962 93 04 14  
[calabrodental.it](http://calabrodental.it) - [info@calabrodental.it](mailto:info@calabrodental.it)

## Unità Operativa

**MARRELLI HOSPITAL**Via G. da Fiore 5 - 88900 Crotona (KR)  
tel. 0962 96 01 01  
[marrellihospital.it](http://marrellihospital.it) - [info@marrellihospital.it](mailto:info@marrellihospital.it)

Tipo documento:  
**MODULO GENERALE**Codice identificazione  
**D.C.\_PRO\_CCP\_M03\_MH**Titolo documento:  
**RICHIESTA CARTELLA CLINICA**Data:  
18/02/2025      Pag. **2** a **4****PROVEDERÀ AL RITIRO CON LE SEGUENTI MODALITÀ:**

- Provvederà personalmente al ritiro della documentazione richiesta
- Nell'impossibilità di potervi provvedere personalmente:
- delega al ritiro compilando la sottostante sezione "DELEGA AL RITIRO"
  - chiede che la documentazione venga spedita tramite posta raccomandata al seguente indirizzo:

---

- chiede che la documentazione venga spedita tramite e-mail al seguente indirizzo:

---

**Per ricevere l'avviso di spedizione della documentazione clinica richiesta, È INDISPENSABILE indicare qui****di seguito il numero di cellulare:** \_\_\_\_\_**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR); avendo letto e compreso la suddetta informativa e riconoscendola valida per le prestazioni erogate presso tutte le unità operative dell'Azienda e per ogni successivo accesso; consapevole che i dati trattati comprendono anche dati "particolari", idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale così come individuati all'art. 9 del GDPR; preso atto dei diritti riconosciuti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento Europeo 2016/679 che possono essere esercitati contattando il DPO.

- Esprimo il consenso       Non esprimo il consenso  
al trattamento dei miei dati personali e "particolari" come indicati nell'informativa.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La copia della documentazione sanitaria è possibile ritirarla entro i termini previsti dalla Legge Bianco-Gelli compatibilmente con eventuali integrazioni documentali e comunque entro il termine di 30 giorni dalla richiesta. Il costo per il rilascio della documentazione sanitaria è di €. 60,00 per l'eventuale spedizione il costo è di €. 70,00. L'importo è da intendersi per ciascuna copia.

**MARRELLI HEALTH srl****SEDE LEGALE**

Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR) tel. (+39) 0962 93 02 76  
marrellihealth.it - info@marrellihealth.it  
c.f. / p. iva 01356640795 cod. univoco 5RU082D  
REA: KR - 111593 | capitale sociale € 2.706.235,00 i.v.

## Unità Operativa

**CALABRODENTAL**

Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR)  
tel. 0962 93 04 14  
calabrodental.it - info@calabrodental.it



## Unità Operativa

**MARRELLI HOSPITAL**

Via G. da Fiore 5 - 88900 Crotona (KR)  
tel. 0962 96 01 01  
marrellihospital.it - info@marrellihospital.it



Tipo documento:  
**MODULO GENERALE**Codice identificazione  
**D.C.\_PRO\_CCP\_M03\_MH**Titolo documento:  
**RICHIESTA CARTELLA CLINICA**Data:  
18/02/2025 Pag. **3** a **4****DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Si ricorda che la documentazione sanitaria richiesta, in assenza di compilazione del presente modulo di delega al ritiro, non sarà consegnato se non all'interessato.

*Per il ritiro della documentazione sanitaria richiesta è indispensabile presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità.*

Data \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tipo e documento di identità n° \_\_\_\_\_

Al ritiro della documentazione sanitaria, previa esibizione del documento d'identità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

In data odierna il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ ha ritirato la  
documentazione sanitaria.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**MARRELLI HEALTH srl****SEDE LEGALE**

Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR) tel. (+39) 0962 93 02 76  
marrellihealth.it - info@marrellihealth.it  
c.f. / p. iva 01356640795 cod. univoco 5RU082D  
REA: KR - 111593 | capitale sociale € 2.706.235,00 i.v.

## Unità Operativa

**CALABRODENTAL**

Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR)  
tel. 0962 93 04 14  
calabrodental.it - info@calabrodental.it



## Unità Operativa

**MARRELLI HOSPITAL**

Via G. da Fiore 5 - 88900 Crotona (KR)  
tel. 0962 96 01 01  
marrellihospital.it - info@marrellihospital.it



Tipo documento:  
**MODULO GENERALE**Codice identificazione  
**D.C.\_PRO\_CCP\_M03\_MH**Titolo documento:  
**RICHIESTA CARTELLA CLINICA**Data:  
**18/02/2025** Pag. **4 a 4****INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER RICHIESTA DI COPIA  
DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA****Ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. 2016/679/UE**

Marrelli Health S.r.l. tratta i Suoi dati personali e degli altri soggetti eventualmente Interessati, nel pieno rispetto dei principi di liceità, sicurezza, correttezza, riservatezza, trasparenza, necessità, pertinenza, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati. Con il presente documento l'Azienda La informa sulle finalità e modalità di utilizzo dei Suoi dati personali per gli adempimenti correlati alla gestione della richiesta di copia di documentazione sanitaria da Lei avanzata. I dati personali che La riguardano (es. dati anagrafici, residenza, recapito telefonico, indirizzo mail ecc.) e relativi a categorie particolari di dati personali, tra cui dati idonei a rivelare lo stato di salute (referti di degenza o di erogazione di prestazioni...), sono indispensabili per dare seguito alla Sua richiesta e sono trattati, anche con strumenti automatizzati, da personale autorizzato tenuto al segreto d'ufficio e professionale, nel pieno rispetto dei principi della normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento Generale UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.).

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento è Marrelli Health S.r.l., con sede Via Enrico Fermi 5b, 88900 Crotona.

**RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il Responsabile della Protezione Dati (RPD o Data Protection Officer - DPO) può essere contattato all'indirizzo email: [rdp@marrellihealth.it](mailto:rdp@marrellihealth.it).

**FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

Il personale aziendale incaricato, tratta i Suoi dati personali per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione amministrativa dell'istanza (ricezione richiesta e registrazione interna, ricerca e acquisizione documentazione, fotoriproduzione, consegna o invio delle copie, chiusura pratica), nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**BASE GIURIDICA**

Il trattamento è necessario per l'adempimento dell'obbligo legale e esecuzione di un compito di interesse pubblico del Titolare di fornire riscontro all'Interessato in merito alla richiesta di copia di documentazione sanitaria da questi presentata. Il conferimento dei dati è facoltativo ma il rifiuto comporterà l'impossibilità di dare seguito alla richiesta avanzata.

**FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI**

I dati personali oggetto di trattamento sono da Lei, o dai legittimati, direttamente conferiti. I dati personali del delegato presenti nel modulo di richiesta sono trattati per dare riscontro all'istanza avanzata dai soggetti aventi titolo (es. paziente, utente, esercente la responsabilità genitoriale, tutore, amministratore di sostegno, erede...).

**DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI**

I Suoi dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati, nei soli casi previsti dalla legge, a soggetti pubblici che agiscono come Titolari autonomi (esempio: autorità giudiziaria). L'Azienda si avvale di soggetti privati in rapporto contrattuale, nominati Responsabili del trattamento (esempio: gestori e manutentori di piattaforme informatiche, aziende di logistica e gestione di archivi di deposito).

**PERIODO DI CONSERVAZIONE**

I dati personali sono conservati negli archivi cartacei e informatizzati in modo sicuro e per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge o di regolamento in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. Le copie di documentazione che l'Interessato/richiedente non abbia provveduto a ritirare, saranno conservate per un periodo massimo di un anno dalla richiesta e successivamente distrutte.

**ESERCIZIO DEI DIRITTI**

L'Interessato può in ogni momento esercitare il diritto di ottenere l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti e, nei casi stabiliti dalla legge o regolamento, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento, indirizzando apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati Personali (c.d. RPD o DPO), tramite email: [rdp@marrellihealth.it](mailto:rdp@marrellihealth.it).

**DIRITTO DI RECLAMO**

L'Interessato, se ritiene che il trattamento dei Suoi dati personali sia effettuato in violazione di legge, ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

**MARRELLI HEALTH srl****SEDE LEGALE**

Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR) tel. (+39) 0962 93 02 76

[marrellihealth.it](http://marrellihealth.it) - [info@marrellihealth.it](mailto:info@marrellihealth.it)

c.f. / p. iva 01356640795 cod. univoco 5RU082D

REA: KR - 111593 | capitale sociale € 2.706.235,00 i.v.

## Unità Operativa

**CALABRODENTAL**

Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotona (KR)

tel. 0962 93 04 14

[calabrodental.it](http://calabrodental.it) - [info@calabrodental.it](mailto:info@calabrodental.it)

## Unità Operativa

**MARRELLI HOSPITAL**

Via G. da Fiore 5 - 88900 Crotona (KR)

tel. 0962 96 01 01

[marrellihospital.it](http://marrellihospital.it) - [info@marrellihospital.it](mailto:info@marrellihospital.it)