RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

OSPEDALE DIDATTICO VETERINARIO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE VETERINARIE – UNIVERSITÀ DI PISA

Alla Direzione Sanitaria
sede

Oggetto: richiesta copia della cartella clinica n. _____

Io sottoscritt*,

cognome: _____ nome: _____

nat* il _____ a _____e residente in:

_____

codice fiscale _____, tel _____,

recapito email _____,

in qualità di proprietari* dell'animale:

(nome animale) _____ di specie (canina, felina…) _____,

CHIEDO

La consegna di copia della cartella clinica n. _____ in modalità:

- ☐ **DIGITALE (costi di produzione € 40,00)**
- ☐ **CARTACEA (costi di produzione € 50,00)**

Informat* che per ricevere copia della cartella clinica richiesta è necessario versare il contributo indicato a copertura dei costi di produzione, con questa mia mi impegno a saldare quanto richiesto attraverso il pagamento dell'avviso PAGOPA che mi sarà inviato dalla Segreteria amministrativa del Dipartimento dopo che questa mia richiesta sarà stata presa in gestione.
In fede,

firma leggibile

_____

TRATTAMENTO DEI DATI
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali qui contenuti ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il Decreto Legislativo 101/2018, e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini dello svolgimento della presente richiesta e successive operazioni di fatturazione.

firma leggibile

_____