

RICHIESTA ACCESSO IN STRUTTURA

Il presente modello non ha immediata valenza di prenotazione e/o accesso.
Il Responsabile Sanitario della struttura esaminerà la domande di ammissione e valuterà la compatibilità del candidato con le caratteristiche della struttura e del servizio offerto/richiesto. L'accettazione della presente domanda verrà comunicata alla persona di riferimento.

DATI PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

Età _____ Sesso M F

Residente in (Città e Indirizzo) _____

Tel. _____ Cell. _____

Attualmente in Casa Ospedale Struttura

Paziente Assicurato SI NO

Breve storia clinica o eventuali note

Compagnia Assicurativa _____

Tipologia di Ricovero richiesto

- Riabilitazione Cardiorespiratoria
 Riabilitazione Neurologica
 Riabilitazione dall'Obesità
 Riabilitazione Muscolo Scheletrica
 Riabilitazione Oncologica
 Altro _____

Patologia in atto al momento della richiesta

- Cardiopatico
 Diabetico
 Oncologico
 Altro _____

Persona di Riferimento

Nome _____ Cognome _____

Recapiti telefonici _____

Email _____

Ho conosciuto Villa Rachele tramite _____

Informativa Privacy - Art. 13 del d.lgs. 30 Giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Villa Rachele srl, con sede in Maida, c.da Acqua Bianca, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Villa Rachele la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura per l'istruttoria della presente domanda.

Il sottoscritto ai sensi del Art. 13 del d.lgs. 30 Giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali" **ACCONSENTE** che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi ai fini di provvedere agli adempimenti di legge.

Data ____/____/____ Firma _____