

DATA RICHIESTA ___/___/___

OPERATORE _____

DATI PAZIENTE	
NOME :	COGNOME :
ETA' SESSO : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
RESIDENTE IN (Città e indirizzo)	
RECAPITO TELEFONICO	

Attualmente in Casa Ospedale Struttura _____

Tipologia di Ricovero Richiesto

Causa del ricovero

<input type="radio"/> Riabilitazione Intensiva ciclo continuativo	
<input type="radio"/> Riabilitazione Estensiva ciclo continuativo	

BREVE STORIA CLINICA

PERSONA DI RIFERIMENTO

IN QUALITA' DI: _____

NOME :	COGNOME :
Email	
RECAPITI TELEFONICI	

MEDICO DI RIFERIMENTO _____

RICOVERO DA: OSPITARE VALUTARE NON ACCETTARE

TARIFFA GIORNALIERA PROPOSTA: €

DATA	NOTE

Informativa Privacy - ex Artt. 13 - 14 Reg.to UE 2016/679

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 ex Artt. 13 - 14 Reg.to UE 2016/679, 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 _____