

**RICHIESTA ACCESSO IN STRUTTURA**

Il presente modello non ha immediata valenza di prenotazione e/o accesso.
Il Responsabile Sanitario della struttura esaminerà le 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.

RAS
REV. 0 DEL 30.11.2020**PAG. 1 DI 1****DATI PAZIENTE**

NOME : _____ COGNOME : _____

ETA' _____ SESSO : M F

RESIDENTE IN (Città e indirizzo) _____

_____ Cell. _____

Attualmente in Casa Ospedale Struttura _____**Tipologia di Ricovero Richiesto****Causa del ricovero**

<input type="radio"/> Riabilitazione Intensiva	_____
<input type="radio"/> Riabilitazione Estensiva	_____
<input type="radio"/> Residenza Sanitaria Medicalizzata	_____

PERSONA DI RIFERIMENTO

NOME : _____ COGNOME : _____

Email _____

RECAPITI TELEFONICI _____

HO CONOSCIUTO VILLA RACHELE TRAMITE _____

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 _____