

Al Direttore Sanitario
Data richiesta: _____
Il sottoscritto: _____
Ricoverato dal _____ al _____; dal _____ al _____
Nato/a a: _____ il: _____
Estremi del documento: _____
Richiede a codesta Casa di Cura:
<input type="checkbox"/> copia accertamenti preoperatori (in caso di intervento non effettuato)
<input type="checkbox"/> copia esame/i radiografico/i specificare quale: _____
<input type="checkbox"/> copia della cartella clinica
Autorizzazione spedizione postale: si <input type="checkbox"/> Scrivere chiaramente l'indirizzo dove inviare la raccomandata : _____

Firma _____

MODELLO PER DELEGA	* dati obbligatori
Il Delegante:	Delega:
Cognome e Nome *	
Nato/a il*	
Residente a*	
Documento identità (tipo, data rilascio e validità)*	
Il Delegante delega a consegnare la propria documentazione in merito al proprio stato di salute al Delegato.	

INFORMATIVA PER IL DELEGATO
art.13 Regolamento UE 2016/679
Dati raccolti presso l'interessato

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è Casa di cura Villa Fiorita, Via XX Settembre, 55 – 06124 Perugia, partita IVA 00494160542, Telefono +39 0755 75 981

Il Titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei dati personali (Data Protection Officer – DPO/RPD) che può essere contattato per ogni informazione e richiesta via e-mail: dpo@casadicuravillafiorita.it

Finalità del Trattamento e base giuridica

Il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente a:

1. Gestione dell'acquisizione di informazioni e/o a consegna della documentazione relativa al Delegante.

Il trattamento è lecito perché necessario all'esecuzione del contratto.

Destinatari o le eventuali categorie di destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali possono essere comunicati, solo per il conseguimento delle finalità sopra indicate, alle seguenti categorie di destinatari:

- Società consulenza informatica, società di consulenza del lavoro.
- Autorità pubbliche in adempimenti di obblighi normativi.

Modalità di trattamento

I suoi dati personali verranno trattati all'interno dell'Unione Europea attraverso strumenti informatici/ manuali per i quali abbiamo provveduto ad applicare adeguate misure di sicurezza e con l'ausilio di nostri collaboratori all'uopo debitamente autorizzati e formati.

Periodo di conservazione dei dati

I dati da Lei forniti relativi alla finalità indicata verranno conservati all'interno del fascicolo sanitario del delegante per il tempo correlato a quanto previsto dall'ordinamento giuridico e normativo relativo al settore sanitario così come meglio definito nella procedura n. 18 del Sistema Qualità Aziendale di Villa Fiorita;

Diritti dell'interessato

Lei, in qualità di interessato, ha diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione, opposizione del trattamento che la riguarda; può inoltre richiedere la portabilità dei dati qualora si rendesse per lei necessario.

Per facilitare l'esercizio dei suoi diritti abbiamo attivato un'apposita casella di posta elettronica privacy@casadicuravillafiorita.it oppure attraverso il contatto del DPO dpo@casadicuravillafiorita.it.

Prima di poterLe fornire, o modificare qualsiasi informazione, potrebbe essere necessario verificare la Sua identità e rispondere ad alcune domande. Una risposta sarà fornita al più presto.

Diritto di reclamo

Nel caso in cui Lei si ritenga comunque leso nei suoi diritti, può proporre reclamo all'autorità Garante attraverso l'apposita modulistica pubblicata sul sito www.garanteprivacy.it.

Obbligo o meno di conferimento dei dati e conseguenze del mancato conferimento

Il conferimento dei suoi dati è obbligatorio per quanto riguarda la finalità indicata; l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta comunque l'impossibilità di prendere in carico la sua richiesta.

Firma del Delegato/a per presa visione

Perugia, _____

Con la sottoscrizione del presente documento, anche ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 ("GDPR"):

- La/Il Delegante riconosce che CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL è già in possesso dei dati indicati nel presente modulo e di esser già stata/stato edotta/adotta da CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL circa le finalità e le modalità di trattamento dei dati e che l'eventuale comunicazione da parte della/del delegante di dati aggiornati costituisce esercizio del diritto ex art. 16 GDPR di rettifica e integrazione dei dati già trattati da CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL in qualità di titolare del trattamento;
- La/il Delegante autorizza CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL a consegnare brevi mano, in busta chiusa la documentazione clinica come sopra richiesto, al Delegato;
- La/il Delegata/o, qualora non operi per finalità esclusivamente personali ai sensi del Considerando n. 18 GDPR, si impegna a trattare i dati del delegante in qualità di titolare autonomo del trattamento e a farsi carico del puntuale rispetto dei principi e degli adempimenti di cui al GDPR.
- La/il Delegata/o riconosce che CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL tratta i suoi dati personali sopra riportati:
al solo fine della corretta e legittima verifica, esecuzione e documentazione delle attività connesse alla delega ricevuta;
insieme al fascicolo della/del Delegante e per il medesimo arco temporale.

Firma del Delegante**Firma del Delegato**

La cartella clinica viene rilasciata dietro pagamento di € 20,00 per i diritti di segreteria, escluse le spese di spedizione.

Cartella ritirata il: _____ Firma: _____

Consegnata da: _____

Lo spazio sottostante è riservato all'ufficio

Spedizione normale Spedizione in contrassegno Spedita il _____

Osservazioni: _____