

Data di emissione:

Approvazione: RAQ Bolgia Cristina

Data _____

Spettabile

A.P.S.P. "S. Spirito – Fondazione Montel"

Via Marconi n. 4

38057 - PERGINE VALSUGANA

OGGETTO: domanda attivazione servizi domiciliari.

◆
Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ stato civile _____
codice fiscale _____ residente a _____ in
Via _____ n. _____
con la presente
chiede l'attivazione dei servizi domiciliari:

Fisioterapici (come da prospetto allegato)

Infermieristici (come da prospetto allegato)

*
Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di _____
chiede l'attivazione dei servizi domiciliari:

Fisioterapici (come da prospetto allegato)

Infermieristici (come da prospetto allegato)

del/della Sig./a _____
nato/a a _____ il _____ stato civile _____
codice fiscale _____ residente a _____ in
Via _____ n. _____

Firma _____

Data di emissione:

Approvazione: RAQ Bolgia Cristina

Si richiede che il servizio venga attivato presso il seguente indirizzo:

- residenza dell'utente
- altro domicilio

Eventuali comunicazioni scritte e/o telefoniche dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____

Via _____

Città _____

Telefono _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali

Vi informiamo che, per l'instaurazione e l'esecuzione dei rapporti contrattuali tra di noi, la nostra Azienda deve trattare Vostri "dati personali", pertanto, secondo quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, Vi forniamo le seguenti informazioni essenziali.

I Vostri dati verranno trattati in relazione alle esigenze contrattuali ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali.

Il trattamento dei dati avverrà sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici.

Per quanto concerne i dati che siamo obbligati a conoscere al fine di adempiere agli obblighi di legge, il loro mancato conferimento da parte Vostra comporta l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto, nei limiti in cui tali dati sono necessari all'esecuzione dello stesso; mentre per i dati che non siamo obbligati a conoscere, il loro mancato ottenimento sarà da noi valutato di volta in volta e determinerà le conseguenti decisioni rapportate all'importanza dei dati richiesti e da Voi non conferiti.

I Vostri dati non verranno diffusi, mentre potranno essere da noi comunicati ai soggetti incaricati del loro trattamento all'interno della nostra Azienda ed essere comunicati a soggetti che hanno necessità di accedere ai Vostri dati per finalità ausiliarie al rapporto che intercorre tra Voi e noi, nei limiti strettamente necessari per svolgere i compiti ausiliari loro affidati, come ad esempio gli istituti di credito e gli spedizionieri.

Per esercitare i diritti a Voi riconosciuti dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003, Vi potrete rivolgere al Responsabile del Trattamento, da noi nominato ai sensi dell'art. 13, nella persona del Direttore Generale.

Firma _____

IL DIRETTORE GENERALE

- Vista la domanda;
- Visto il parere del Direttore Sanitario;
- Vista la disponibilità:

AUTORIZZA

l'attivazione dei Servizi Domiciliari per il/la Sig./ra _____ così

come risultante dal prospetto allegato

IL DIRETTORE GENERALE
- dott. Giovanni Bertoldi -

Pergine, _____