



RICHIESTA INFORMAZIONI E/O VISITA STRUTTURA FINALIZZATA ALL'INSERIMENTO IN RSA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ in qualità di _____

Telefono _____ Cellulare _____ Mail _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

Dati del paziente:

Nome e Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ e residente a _____

Provenienza:

casa / ospedale: quale _____ reparto _____

Come è venuto a conoscenza della Dimora Marigold: _____

Disponibilità per appuntamento visita:

Giorni della settimana: _____

Fascia oraria: _____

Data

Firma del dichiarante

Tale richiesta dovrà essere compilata in tutte le sue parti, sottoscritta ed inviata via mail a: info@dimoramariogld.it o consegnata a mano presso la segreteria della struttura negli orari di ufficio



DIMORA MARIGOLD s.r.l.
Via Solfatarata,163
80078 Pozzuoli (Na)
P.IVA: 07901131214

215-INFORMATIVA
VISITATORE Ver. 7.0 del
24-05-2018
Pag. 1

Informativa e consenso per la richiesta di visita della struttura sanitaria finalizzata all'inserimento in R.S.A

Desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR") prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

- A. CATEGORIE DI DATI:** La Dimora Marigold s.r.l. tratterà i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto ed inerenti la sua salute (ad es. esiti di visite mediche, cartella clinica, ...).
- B. FONTE DEI DATI PERSONALI:** I dati personali di cui La Dimora Marigold s.r.l. è in possesso sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.
- C. TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Il titolare del trattamento è La Dimora Marigold s.r.l., con sede legale in Napoli, con mail info@dimoramarigold.it e tel. 08118537905
- D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA:** Il trattamento dei Suoi dati, che ha come base giuridica il suo consenso o l'esecuzione del contratto o un obbligo di legge o il legittimo interesse del Titolare, avviene per le seguenti finalità:
- 1. Amministrazione.** Espletamento dei compiti gestionali, amministrativi ed organizzativi necessari all'adempimento degli obblighi di legge in relazione agli aspetti sanitari, contrattuali, fiscali e contabili;
 - 2. Diagnosi e terapie.** Svolgimento dell'attività diagnostica e realizzazione di eventuali terapie;
 - 3. Videosorveglianza.** Alcuni ambienti della struttura sono soggetti a videosorveglianza per ragioni di sicurezza o di sorveglianza continua dei pazienti e sono segnalate da appositi cartelli con l'immagine stilizzata di una telecamera;
 - 4. Uso dati su pubblicazioni.** Diffusione dei dati dell'interessato anche tramite l'utilizzazione, su pubblicazioni cartacee dell'istituto o di terzi, di lavori didattici, storie del paziente e riprese fotografiche per documentare le attività (cliniche, di ricerca, riabilitative, integrative e ricreative) svolte con l'interessato nell'ambito dei progetti e delle iniziative curate dall'istituto;
 - 5. Ricerca scientifica.** Ricerca scientifica, anche statistica, finalizzata alla tutela ed al miglioramento della salute dei pazienti;
 - 6. Customer satisfaction.** Analisi di soddisfazione dei servizi erogati dall'istituto, anche tramite questionari cartacei o telefonate con operatore;
- E. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.:** Il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O., contattabile via mail all'indirizzo email : pasquale.froncillo@dimoramarigold.it.
- F. DESTINATARI DEI DATI:** Nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati ai Responsabili ed agli Incaricati all'interno dell'Istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I suoi dati non saranno oggetto di alcuna diffusione.
- G. TRASFERIMENTO DEI DATI VERSO PAESI TERZI:** I dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi al di fuori della Comunità Europea.
- H. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI:** I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.
- I. DIRITTI DELL'INTERESSATO:** L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.
- J. OBBLIGATORIETÀ O MENO DEL CONSENSO:** Il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate dalla 1 alla 3, è obbligatorio per poter erogare i servizi. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato ricovero e la mancata prosecuzione del rapporto. Per le finalità dalla 4 alla 6, in conferimento dei suoi dati è facoltativo e non altera in alcun modo la prestazione del servizio.
- K. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI:** I dati da Voi forniti, verranno trattati nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività del Titolare. I Suoi dati saranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dal GDPR.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto, avendo preso visione dell'informativa sopra riportata, non avendo ulteriori richieste a riguardo, conscio delle modalità con cui saranno trattati i dati e reso edotto dei miei diritti:

A) Relativamente ai dati raccolti per la visita della struttura sanitaria finalizzata all'inserimento in R.S.A :

Accenso

Non accenso

B) Relativamente all'uso dei dati raccolti per la visita per eventuali fini statistici

Accenso

Non accenso

Questo consenso sarà considerato valido per il trattamento dei miei dati anche in occasione di future prestazioni sanitarie, salvo mia eventuale indicazione contraria o revoca.

Data: ___/___/___

Firma leggibile dell'interessato _____

Nota bene: se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà quale (specificare):

genitore amministratore di sostegno tutore curatore altro _____

Nome in stampatello di chi firma _____ Firma leggibile _____