

MODULO RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in qualità di _____

(Specificare se Tutore, Amministratore di sostegno, Curatore, familiare – indicare parentela – o delegato)

del/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

inserito/a presso "Istituto Casa Famiglia B. P. Francesco Spinelli".

CHIEDO

Che mi venga rilasciata la seguente documentazione:

Per la seguente finalità:

Documento di riconoscimento del richiedente: _____

Data richiesta: _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR") si informa che il trattamento dei dati personali è unicamente per la seguente finalità: esame ed evasione della richiesta di documentazione socio-sanitaria da parte dell'interessato, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

La natura del conferimento dei dati è obbligatoria. Il mancato conferimento dei dati personali e il consenso al trattamento comporta l'impossibilità di presentare la richiesta.

I dati personali saranno sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato nel rispetto delle adeguate misure tecniche ed organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi art. 32 del GDPR.

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è l'Istituto delle Suore Adoratrici del SS Sacramento "Casa Famiglia Padre F. Spinelli".

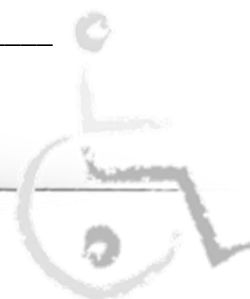
Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del Regolamento UE 679/16 è il Direttore, Suor Daniela Lazzaroni.

Il Responsabile Protezione Dati (DPO) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato esprime il proprio consenso informato al trattamento dei dati personali per la finalità sopra indicata.

FIRMA

Firma dell'addetta che ritira la domanda _____



Io sottoscritto/a _____

Documento di riconoscimento: _____

RITIRO LA DOCUMENTAZIONE DA ME RICHIESTA

DELEGO AL RITIRO della documentazione da me richiesta

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. _____

il ____/____/____ e residente a _____ Prov. _____

in Via _____ recapito telefonico _____

Documento di riconoscimento: _____

Data _____

Firma del delegante _____

N.B.: la persona delegata dovrà presentare il proprio documento di riconoscimento in corso di validità e copia del documento del delegante.

Data del ritiro ____/____/____

Firma di chi ritira

Firma dell'addetta che consegna i documenti _____

Costo totale a carico del richiedente _____

