

	CRITERIO 1	Requisito 1.1
	ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE	Rev. 01 del 21/06/2022
		Pagina 1 di 2

MODULO ELOGIO / RINGRAZIAMENTO

REV. 0

TUTELA DATI PERSONALI

Istituto Santa Chiara Roma srl, con sede legale in Via Properzio, 6 - 00193 Roma desidera informarLa, in qualità di interessato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 relativo alla “protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati” e della successiva normativa nazionale di adeguamento del quadro legislativo interno, norme denominate congiuntamente anche “Normativa privacy”, sono previsti una serie di obblighi in capo a chi effettua trattamenti (cioè raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, comunicazione, diffusione, ecc.) di dati personali riferiti ad altri soggetti (il “Trattamento”).

A tal riguardo, la Società è tenuta a fornirLe alcune informazioni riguardanti le modalità e le finalità del Trattamento dei dati personali che La riguardano.

I dati personali dell'interessato sono utilizzati da Istituto Santa Chiara srl, che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali acquisiti con la consegna del presente modulo, si informa l'interessato che:

a) i dati saranno trattati soltanto per le finalità conseguenti alla presente segnalazione, ovvero per adempiere a obblighi di legge, da personale autorizzato dall'Istituto Santa Chiara Roma srl, o da azienda esterna incaricata della conservazione di tale documentazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, nel pieno rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali;

b) il conferimento dei dati é facoltativo, tuttavia un eventuale rifiuto nel fornirli potrebbe determinare difficoltà, o rendere impossibile, la gestione e la conclusione della presente segnalazione;

c) l'interessato, per motivi legittimi, può opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano;

d) l'interessato potrà esercitare i diritti, di cui all'art. 7 del decreto sopra citato, in particolare per ottenere la conferma dell'esattezza dei dati che lo riguardano, la loro comunicazione con l'indicazione della logica e delle modalità di trattamento, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco o la cancellazione degli stessi mediante comunicazione scritta da inviare al Responsabile della protezione dei dati a mezzo pec all'indirizzo dpo@consulenzarampino.it o lettera raccomandata a/r all'indirizzo Via Properzio, 6 – 00193 Roma

Spuntare una casella qui sotto per consenso al trattamento dei dati personali

SI

NO

DATI ANAGRAFICI DI CHI PRESENTA L'ELOGIO / RINGRAZIAMENTO:

COGNOME NOME

1

Sede Legale via Properzio n. 6 – 00193 Roma, tel. 0669365736 **Rea di Roma** n° 1589416 – **C.F. e P.IVA** 15423901006

Presidio di Riabilitazione Funzionale ex art. 26 L. n. 833/78 – Struttura convenzionata con SSN via delle Azalee n.2 – 00055 Ladispoli (RM) | **Tel.** 0699223969 | **Cell.** 3421028655 | **E-mail** ladispoli@istitutosantachiara.it

Sito web istitutosantachiara.it/sedi/ladispoli

 <p>ISTITUTO SANTA CHIARA ROMA PRESIDIO DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE</p>	CRITERIO 1	Requisito 1.1
	ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE	Rev. 01 del 21/06/2022
		Pagina 2 di 2

VIA.....
 .CAP.....COMUNE PROV.....
 EMAIL.....@.....
 RECAPITO TELEFONICO
 DATA E LUOGO DI NASCITA.....
 PROFESSIONE (facoltativo)

INDICARE SE L'ELOGIO/RINGRAZIAMENTO È PRESENTATO PER CONTO DI TERZI:

SI NO

Se SI, indicare, qualora lo si ritenesse opportuno, generalità della persona per la quale è presentato l'elogio/ringraziamento: _____

STRUTTURA/E INTERESSATA/E:

- Presidio di Riabilitazione Funzionale Ambulatoriale Ladispoli (RM)

**A CHI E/O PER CHE COSA DESIDERA ESPRIMERE
IL PROPRIO APPREZZAMENTO:**

DATA

FIRMA

.....