

	CRITERIO 1	Requisito 1.1
	ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE	Rev. 0 del 04/01/2021
		Pagina 1 di 4

MODULO RECLAMO/ RILIEVO/SUGGERIMENTO/PROPOSTA

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 IL RECLAMO / RILIEVO / SUGGERIMENTO / PROPOSTA:

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. 0 del 04/01/2021
		Pagina 2 di 4

VIA.....

CAP.....COMUNE

PROV.....

EMAIL.....@.....

RECAPITO TELEFONICO.....

DATA E LUOGO DI NASCITA

PROFESSIONE (facoltativo).....

INDICARE SE IL RECLAMO / RILIEVO / SUGGERIMENTO / PROPOSTA SONO PRESENTATI PER CONTO DI TERZI:

SI

NO

Se SI, indicare, qualora lo si ritenesse opportuno, generalità della persona per la quale sono presentati: reclamo / rilievo / suggerimento / proposta:

Relazione di parentela o altro con la persona per la quale si presenta il reclamo / rilievo / suggerimento/proposta:_____

Possesso di DELEGA: SI NO

STRUTTURA/E INTERESSATA/E:

- Presidio di Riabilitazione Funzionale Ladispoli (RM)

CHE COSA DESIDERA SEGNALARE:

(Specificare data, luogo e ogni informazione ritenuta utile alla ricostruzione del fatto)

2

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. 0 del 04/01/2021
		Pagina 4 di 4

EVENTUALI DOCUMENTI ALLEGATI:

DATA

FIRMA

.....