



RICHIESTA PRIVATA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Mod. 192
Rev. 03

Pag. 1 di 4

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

- padre *
- madre *
- Tutore Legale
- Amministratore di Sostegno

DEL MINORE

NATO A..... ILC.F.....

Dipendente Istituto SI NO

CHIEDE

Il seguente servizio (barrare quello/i richiesto/i):

Valutazione clinico-funzionale globale

- n.3 giorni
- n.5 giorni
- Altro.....

Valutazione clinico-funzionale d'area

- Area intellettiva e/o comunicativa linguistica
- Area motorio-prassica
- Area delle funzioni visive e visuo-percettive
- Area dell'attenzione e del comportamento
- Area delle autonomie personali
- area affettivo-socio-relazionale
- Altro.....

Visite specialistiche

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fisiatrice n. sedute | <input type="checkbox"/> Otorino Laringoiatra n. sedute.... |
| <input type="checkbox"/> Neurologica n. sedute | <input type="checkbox"/> Oculistica n. sedute..... |
| <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile n. sedute.... | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia n. sedute.... |
| <input type="checkbox"/> Psichiatrica n. sedute.... | <input type="checkbox"/> Dermatologia n. sedute.... |
| <input type="checkbox"/> Psicologica n. sedute..... | <input type="checkbox"/> Dietetica Medica n. sedute.... |
| <input type="checkbox"/> Pedagogica n. sedute.... | <input type="checkbox"/> Genetica Medica n. sedute.... |
| <input type="checkbox"/> Odontoiatrica n. sedute.... | <input type="checkbox"/> Consulenza psicologica familiare n. sedute.... |
| | <input type="checkbox"/> Consulenze funzionalità visiva n. sedute.... |
| | <input type="checkbox"/> Altro..... |

Trattamento riabilitativo ambulatoriale

- Fisioterapia n. sedute.....
- Logopedia n. sedute.....



RICHIESTA PRIVATA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Mod. 192
Rev. 03

Pag. 2 di 4

- Idrokinesiterapia n. sedute....
- Psicomotricità n. sedute....
- Musicoterapia n. sedute....
- Riabilitazione visiva n. sedute....
- Riabilitazione miofunzionale n. sedute.....
- Odontoiatria n. sedute.....
- Terapia occupazionale n. sedute.....
- Altro..... n. sedute.....

Per tale/i prestazione/i si obbliga a corrispondere, con le modalità che saranno comunicate al momento dell'accettazione della presente prenotazione, le tariffe vigenti deliberate dal Cda dell'Ente.

Comunicazioni e fatture devono necessariamente essere inviate al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

Città _____ prov.(____)

Recapito tel. _____ e-mail _____

Pec _____ Codice Univoco _____

*** Per pazienti minorenni il documento deve essere firmato da entrambi i genitori**

Nel caso in cui uno dei due genitori non possa essere presente

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

- lontananza; impedimento; incapacità naturale/legale; altro _____

Firma _____
(il dichiarante)

Il presente modello va compilato in ogni sua parte e spedito all'indirizzo di posta elettronica : segreteria sanitaria@serafico.it via Fax al numero 075816820

	RICHIESTA PRIVATA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Mod. 192 Rev. 03 Pag. 3 di 4
---	---	--

Informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 - sulla Privacy

(pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2016, Serie generale n. 174, Supplemento ordinario n. **123/L**)

L'Istituto Serafico per Sordomuti e Ciechi di Assisi provvede a fornire le dovute informazioni a genitori e tutori esercenti la potestà genitoriale dei soggetti assistiti, circa l'utilizzo da parte dell'Ente dei dati personali acquisiti in relazione al ricovero. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, di liceità e trasparenza, di tutela della riservatezza e dei diritti dell'utente ricoverato e dei suoi familiari. Si porta a conoscenza le finalità e le modalità del trattamento dei dati cui sono destinati.

Finalità del trattamento: ESECUZIONE OBBLIGHI CONTRATTUALI E DI LEGGE

Modalità del trattamento: I dati verranno trattati principalmente con strumenti elettronici e informatici e memorizzati sia su supporti informatici che su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinary Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy.

Natura obbligatoria: Tutti i dati richiesti sono obbligatori.

Conseguenze del rifiuto dei dati: In caso di mancata comunicazione dei dati indispensabili per adempiere alle finalità di cui sopra, il contratto non si perfeziona e non potrà essere portato a termine.

Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali: I dati personali potranno essere comunicati a:

- Personale della struttura in qualità di responsabili e incaricati al trattamento per la gestione delle pratiche relative al contratto posto in essere; il personale è stato debitamente istruito in materia di sicurezza dei dati personali e del diritto alla privacy.
- Istituti di credito per le operazioni di incasso dei pagamenti.
- Commercialista e liberi professionisti affini per la tenuta dei libri contabili e per la corretta esecuzione degli adempimenti fiscali di legge.
- Organi di Stato preposti a verifiche e controlli circa la regolarità degli adempimenti contabili e fiscali previsti dalla legge.

Resta in ogni caso fermo il divieto di comunicare o diffondere i Suoi dati personali a soggetti non necessari per l'espletamento dei servizi o prodotti da Lei richiesti.

Diritti dell'interessato: In relazione al trattamento di dati personali l'interessato ha diritto, ai sensi dell'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del Codice della Privacy:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il titolare del trattamento è: Istituto Serafico per Sordomuti e Ciechi Viale Marconi n. 6, 06081 Assisi PG, nella Persona del suo Rappresentante Legale. Il responsabile del trattamento dati è il Dott. Roberto Maria Rossi. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Europeo 2016/679, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta all'indirizzo Istituto Serafico per Sordomuti e Ciechi Viale Marconi n. 6, 06081, Assisi PG, e-mail



RICHIESTA PRIVATA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Mod. 192
Rev. 03

Pag. 4 di 4

privacy@serafico.it C/A del Responsabile del trattamento dati.

1. TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Obbligatorio)

In riferimento a quanto esposto nella presente informativa sintetica sul trattamento dei dati (per consultare l'informativa dettagliata si rimanda al documento affisso in sala d'attesa, disponibile a richiesta presso il personale di front office e scaricabile dal sito internet www.serafico.org), ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, dichiaro di aver preso visione e compreso la stessa e

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____, _____ Firma _____

2. CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (email, sms, ecc.) perché mi siano ricordati gli appuntamenti:

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____, _____ Firma _____

3. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI

a) In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura nuovi ambulatori, attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.):

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____, _____ Firma _____

b) In riferimento alla possibilità di essere informato/a sulle attività del Serafico di Assisi attraverso riviste, posta cartacea e/o elettronica:

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____, _____ Firma _____

4. TRASMISSIONE DEI DATI ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE

presta, inoltre, il suo consenso alla trasmissione alla Agenzia delle Entrate dei dati relativi alle prestazioni effettuate.

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____, _____ Firma _____

5. ATTIVITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E/O STATISTICA

In riferimento all'utilizzazione di dati aggregati e in forma anonima, compreso l'impiego di fotografie a finalità scientifiche e di ricerca attinenti la prestazione medica richiesta:

Do il consenso

Nego il consenso

_____, ____/____/____ Firma _____

	RICHIESTA PRIVATA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Mod. 192 Rev. 03 Pag. 5 di 4
--	---	--

6. CONSENSO UTILIZZO IMMAGINI E VIDEO

DICHIARANO

Di essere a conoscenza che l'art 96 Legge n .633/1941 (Legge sulla protezione del diritto d'autore) – Testo consolidato al 6 febbraio 2016 – (D.Lgs. 15 gennaio 2016, n. 8) dispone che: “Il ritratto di una persona non può essere esposto, riprodotto o messo in commercio senza il consenso di questa...”

e

AUTORIZZANO

L'utilizzo delle immagini e delle riprese video del proprio figlio/a, acquisite dall'Istituto Serafico per Sordomuti e Ciechi, per finalità promozionali delle attività dell'Istituto Serafico. Le immagini saranno acquisite durante lo svolgimento dei programmi previsti dall'Istituto e saranno pubblicate sulla rivista “Anch'io col Serafico” e nel materiale informativo dell'Ente incluse le comunicazioni relative alle raccolta fondi.

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____, _____ Firma _____

Firma _____

AUTORIZZANO

la pubblicazione sulla pagina Facebook del materiale fotografico e videografico acquisito dall'Istituto Serafico con le modalità suindicate

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____, _____ Firma _____

Firma _____

Ne vietano altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la sua dignità personale ed il suo decoro.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 7, comma 3, Reg. Ue n. 2016/679 in qualsiasi momento potranno avvalersi del diritto di revocare l'autorizzazione al trattamento delle suddette immagini.

La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.