

Comunità Capodarco di Roma Onlus Centro di Riabilitazione

Accreditato con SSR

Via Lungro, 3 - 00178 Roma

Tel. **06-712901202** **06-712901205**

e-mail: riabilitazione@capodarcoroma.it

Regime AMBULATORIALE

RICHIESTA DI PRENOTAZIONE PER ACCESSO AI TRATTAMENTI RIABILITATIVI

COGNOME _____ **NOME** _____

Codice Fiscale Utente | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo di nascita _____ **Prov.** _____ **Data di Nascita** _____

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a

Residenza: Città _____ **Prov.** _____

via _____ **Cap** _____ **Asl** _____ **Distretto** _____

Domicilio: Città _____ **Prov.** _____

via _____ **Cap** _____ **Asl** _____ **Distretto** _____

Telefono _____ **cell.** _____ **altro recapito** _____

Caregiver _____ **Cell.** _____

e-mail _____
Cognome e Nome

Disponibilità orario: mattina 7.30/14.30 pomeriggio 14.30/19.00

Qualsiasi orario

FIRMA DEL PAZIENTE o di chi ne fa le veci: _____

N.B. La presente scheda deve essere compilata e inviata di nuovo per posta elettronica alla e-mail riabilitazione@capodarcoroma.it allegando:

1. **copia del documento di riconoscimento in corso di validità**
2. **fotocopia certificato/prescrizione rilasciato da medico specialista della Asl oppure da medico specialista di Struttura Pubblica Sanitaria**
3. **scheda dichiarazione di consenso al trattamento dati (2° foglio)**

Solo in caso in impossibilità di invio telematico, la presente scheda, **con gli allegati richiesti**, può essere consegnata in segreteria dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.00 e il sabato dalle 8.30 alle 12.00.

Si avvisa la gentile utenza che allo scadere di un anno dalla presentazione della scheda di prenotazione, è necessario ripresentare domanda con allegata documentazione medica aggiornata.



Comunità Capodarco di Roma Onlus

Via Lungro, 3 - 00178 Roma (RM)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs.101/2018

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____
Residente in via _____ città _____ Prov. _____
Documento _____ Numero _____
Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa che i dati sono trattati per le finalità di Servizio amministrativo contabile e per adempiere agli obblighi fiscali e sanitari (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679) fornitami dal Titolare del trattamento per la "Comunità Capodarco di Roma Onlus" nella persona del legale rappresentante pro tempore riguardo i miei dati personali, che sono trattati secondo l'art. 24 lett. a), b), c) del Codice Privacy e art. 6 lett. b) del GDPR. Inoltre,

Dichiara al riguardo delle seguenti finalità:

- **Ricevere via e-mail, posta e/o sms comunicazioni relative ai servizi della struttura**

Esprimo il consenso

Non esprimo il consenso

- **Comunicare i dati a terzi per le finalità indicate nell'informativa, per le finalità di servizio amministrativo contabile e per adempiere agli obblighi fiscali e sanitari**

Esprimo il consenso

- **Trattare i miei dati sensibili ***

Esprimo il consenso

Non esprimo il consenso

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto (firma del dichiarante per esteso e leggibile)

Roma li _____

Firma _____

**Dati sensibili (Regolamento UE 679/2016 ex art. 10) sono informazioni personali relative a origine etnica, opinioni politiche, convinzioni religiose o filosofiche, appartenenza sindacale, stato di salute, vita o orientamento sessuale dell'interessato, nonché informazioni genetiche, biometriche e di geo-localizzazione. e le informazioni personali relative a condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza).*