



CLINICA
SEDES
SAPIENTIAE

Richiesta di Ricovero

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Residente a _____ in _____

Documento Carta d'identità Passaporto n. _____

▪ **Recapito telefonico** _____

▪ **Indirizzo Mail** _____

[per comunicazioni amministrative relative alla prestazione dei servizi richiesti]

Assicurato SI NO

Assicurazione _____

Chiede di essere ricoverato in data odierna presso la vostra struttura

Ed in relazione alla richiesta di cui sopra

dichiara

- Di aver conferito autonomamente mandato professionale e fiduciario al dott. _____ e all'equipe operativa da quest'ultimo scelta e diretta
- Di essere informato del fatto che non esiste alcun vincolo di subordinazione o di collaborazione tra la Sedes Sapientiae S.r.l. e il medico chirurgo incaricato dal sottoscritto di effettuare la prestazione sanitaria motivo del ricovero
- Di essere stato informato che la struttura non è convenzionata con il SSN
- Di essere stato informato che il ricovero è a pagamento e di aver preso visione del tariffario in vigore

Torino, il _____

FIRMA _____



Informativa Privacy Sintetica

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

La SEDES SAPIENTIAE S.R.L. con sede legale in Torino, via Bidone n. 31, codice fiscale, partita IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Torino 09097100011, in persona dell'Amministratore Delegato e legale rappresentante, info@clinicasedes.it

DPOL'Avv. Annateresa con studio in Torino, via Maria Vittoria n.6, dpo@clinicasedes.it.

TIPOLOGIA DEI DATI PERSONALI TRATTATI

- DATI PERSONALI COMUNI strettamente indispensabili per la stipulazione ed esecuzione di rapporti contrattuali o obblighi di legge ed attività promozionali (nome, cognome, indirizzo e-mail, indirizzo civico, codice fiscale e/o partita iva, coordinate bancarie).

- DATI PERSONALI PARTICOLARI idonei a rivelare lo stato di salute, con riferimento alle attività di cura ed assistenza sanitaria che complessivamente possono essere esercitate all'interno della stessa Azienda.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

1) ATTIVITÀ DI CURA ED ASSISTENZA: svolgimento attività istituzionali della Clinica. BASE GIURIDICA: adempimento di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri. Consenso specifico facoltativo.

2) CONTRATTUALE: stipulazione ed esecuzione di rapporti contrattuali. BASE GIURIDICA: contratto o intese precontrattuali. Consenso specifico facoltativo.

3) AMMINISTRATIVA O PER OBBLIGO DI LEGGE, BASE GIURIDICA: contratto o norma di legge. Consenso facoltativo: in mancanza, impossibilità di concludere rapporti contrattuali. Consenso specifico facoltativo.

4) PROMOZIONALE: invio di comunicazioni commerciali. BASE GIURIDICA: consenso. Consenso obbligatorio: in mancanza, impossibilità di invio di materiale promozionale. Il consenso, quando rilasciato può essere revocato in ogni momento.

DESTINATARI DEI DATI

I dati raccolti potranno essere comunicati esclusivamente per le finalità sopra specificate a: Dipendenti e collaboratori della Clinica; Assicurazioni; Enti pubblici, società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza o collaborazione al Titolare del trattamento, in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria; Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge; pubbliche amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti e a terzi fornitori di servizi cui la comunicazione sia necessaria per le finalità sopra indicate.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

Finalità di attività di cura ed assistenza e/o contrattuale n.1 e n.2: 10 anni dalla cessazione dell'attività di cura ed assistenza e/o dalla cessazione del contratto, salva la previsione di tempi di conservazione più lunghi previsti dalla legge.

Finalità promozionale: massimo 5 anni.

Finalità amministrativa o obbligo di legge: 10 anni dalla cessazione del contratto e/o periodo previsto dalla legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

1) Diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, trasferimento, opposizione. Mediante invio di comunicazione tramite modulo in uso presso la struttura all'indirizzo: info@clinicasedes.it

2) Reclamo, da presentarsi al Garante per la Protezione dei Dati Personali (www.garanteprivacy.it)

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza.

L'informativa Privacy è a Vostra disposizione per il ritiro presso tutti gli Sportelli e Uffici della Clinica e consultabile sul sito internet della struttura www.clinicasedes.it

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Dichiaro di aver ricevuto la sovrastante informativa ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 101/2018 e di averne preso visione e autorizzo il Titolare del trattamento a comunicare i miei dati personali ai soggetti indicati nell'informativa e altresì ai seguenti soggetti

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Consento il trattamento dei miei dati personali per finalità di marketing e invio di newsletter

Torino, il _____

FIRMA _____

Linee guida per il ricovero

ASSICURAZIONI

PRIMA DEL RICOVERO, NEL CASO SI DISPONGA DI UN ASSICURAZIONE MEDICA È NECESSARIO:

1. CONTATTARE LA PROPRIA ASSICURAZIONE ED APRIRE LA PRATICA DI SINISTRO
2. RICHIEDERE CON ESATTEZZA QUALI PRESTAZIONI VENGONO RIMBORSATE DALLA POLIZZA ASSICURATIVA IN VOSTRO POSSESSO E QUALI PRESTAZIONI SONO A VOSTRO CARICO DIRETTO. A TITOLO ESEMPLIFICATIVO È IMPORTANTE CHE SIANO RICHIESTE INFORMAZIONI CHIARE IN MERITO A:
 - TIPOLOGIA DI RICOVERO
 - PRESTAZIONE MEDICA OGGETTO DI RIMBORSO
 - FRANCHIGIA A PROPRIO CARICO
3. ACCERTARSI CHE LA CLINICA ABBA RICEVUTO, VIA FAX O MAIL, LA “PRESA IN CARICO” DELLA VOSTRA PRATICA DI SINISTRO DA PARTE DELLA VOSTRA ASSICURAZIONE

PAGAMENTI

È POSSIBILE PROCEDERE AL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE DA

- **CLINICA**
 - IN CONTANTI NEI LIMITI DI LEGGE
 - CARTA DI CREDITO O BANCOMAT, NO CIRCUITO AMERICAN EXPRESS
 - ASSEGNO BANCARIO
- **EQUIPE MEDICA CHIRURGICA**
 - ESCLUSIVAMENTE CON ASSEGNO BANCARIO (UNO PER OGNI PROFESSIONISTA COMPONENTE L'EQUIPE)

CARTELLA CLINICA

È POSSIBILE RITIRARE LA PROPRIA CARTELLA CLINICA DI PERSONA (SENZA ALCUN COSTO AGGIUNTIVO), MUNITI DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO ED IN CORSO, PRESSO IL CENTRALINO, TUTTI I GIORNI FERIALE DALLE ORE 8.00 ALLE ORE 12.00, CIRCA 15 GIORNI DOPO LA DIMISSIONE.

È POSSIBILE RICHIEDERE L'INVIO DELLA CARTELLA CLINICA CON RACCOMANDATA A/R ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA COMUNICATO ALLA CLINICA (**COSTO 10,00 EURO**).

QUALORA SI DESIDERI FAR RITIRARE LA PROPRIA CARTELLA CLINICA DA TERZI, OCCORRE **COMPILARE** IL MODULO DELEGA RILASCIATO AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE COMUNQUE DISPONIBILE PRESSO TUTTI GLI SPORTELLI DELLA CLINICA.

LA DELEGA E' TRASMISSIBILE ANCHE VIA MAIL ALL'INDIRIZZO centralino@clinicasedes.it CON COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE E DEL DELEGATO.

Delega al ritiro della Cartella Clinica

IL SOTTOSCRITTO

DELEGA IL/LA SIG./RA _____

RESIDENTE A _____ IN

VIA/CORSO _____

A RITIRARE IN NOME E PER MIO CONTO LA CARTELLA CLINICA RELATIVA AL RICOVERO DI CUI ALLA PRESENTE RICHIESTA.

IL/LA DELEGATO/A DOVRÀ PRESENTARSI, I GIORNI FERIALE DALLE ORE 8.00 ALLE ORE 12.00, MUNITO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO ED IN CORSO.

FIRMA DEL PAZIENTE DELEGANTE _____