



I.P.A.B. LA PIEVE.
CENTRO SERVIZI PER ANZIANI BROGLIATI- CONTRO
SCUOLA MATERNA
Via Pieve, 42-36042 BREGANZE (VI)

Gentile Signora, Egregio Signore,

La informiamo ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 che i dati che lei ci fornisce sono obbligatori per l'esecuzione della prestazione socio assistenziale da Lei richiesta e saranno trattati con sistemi informatici e manuali. La banca dati è organizzata in modo tale che l'accesso ai dati è consentito al solo personale espressamente incaricato dal titolare del trattamento. Qualora lei ritenga che di non fornire il Suo consenso, questa struttura si troverà nella necessità di non poter effettuare la prestazione socio assistenziale da lei richiesta.

La informiamo, altresì, che le principali finalità della raccolta dei dati sono relative alla:

- a) gestione amministrativa (esempio registrazione e comunicazione alla regione Veneto della sua entrata in struttura, emissione delle fatture, scelta del medico di base, ecc. comunque finalità strettamente pertinente alla sua degenza;
- b) cura dell'ospite in casa di riposo e gestione dei rapporti relativi ad eventuali ricoveri ospedalieri (es. comunicazione dei dati personali dell'ospite per la registrazione all'entrata in ospedale e comunicazione dei dati relativi alle condizioni di salute generali dell'ospite ed eventuali terapie in corso per consentirne il proseguimento.)
- c) riscossione dell'eventuale contributo sociale erogato dal Comune e/o l'eventuale contributo sanitario del erogato dalla Regione per gli ospiti non autosufficienti in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale come previsto dalla Legge Regionale.
- d) Svolgimento di attività ricreative (feste, gite etc) attraverso la produzione di foto o eventualmente filmati. Tali attività saranno finalizzate esclusivamente ad un fine interno e non saranno oggetto di diffusione. In tale fattispecie lei potrà rifiutarsi nel fornire i suoi dati personali e ciò non avrà alcuna conseguenza in merito alla sua degenza in struttura. Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati esclusivamente per le finalità sopra specificate a:
 - e) Enti pubblici (Regioni, Comune, aziende sanitarie, autorità giudiziaria);
 - f) Medico di base;
 - g) Struttura ospedaliera dove avviene l'eventuale ricovero;
 - h) Eventuale medico specialista, laboratorio diagnostico;
 - i) Altra case di riposo;
 - l) Istituti bancari o società assicurative;

Inoltre, nella gestione dei suoi dati possono venire a conoscenza degli stessi le seguenti categorie di incaricati e/o responsabili interni ed esterni individuati per iscritto ed ai quali sono state date specifiche istruzioni scritte:

- Personale medico e paramedico sia dipendente che in convenzione;
- dipendenti dell'ufficio amministrazione e di segreteria, tesoriere;
- titolari e dipendenti di società esterne il cui conferimento dei dati è strettamente funzionale all'esecuzione del rapporto contrattuale

Relativamente ai dati medesimi potrete esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs.vo n. 196/2003 inviando apposita istanza scritta al seguente indirizzo: IPAB La Pieve via 42 cap 36042 Breganze

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è IPAB La Pieve via 42 cap 36042 Breganze (VI)

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo di



I.P.A.B. LA PIEVE
BREGANZE

I.P.A.B. LA PIEVE.
CENTRO SERVIZI PER ANZIANI BROGLIATI- CONTRO
SCUOLA MATERNA

Via Pieve, 42-36042 BREGANZE (VI)

Consenso al trattamento dei dati personali, compilato in calce in tutte le sue parti, in mancanza del quale non potremo fornirLe le prestazioni socio assistenziali e richieste.

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 23 D.lgs. 196/2003

Io sottoscritto (nome e cognome)..... ho letto ed esaminato con attenzione l'informativa di cui sopra.

Come richiesto

a) Acconsento che i miei dati sanitari, anagrafici e fiscali, nei limiti strettamente necessari, siano trattati per il raggiungimento delle finalità previste dall'informativa e indispensabili per la residenza dell'opsite (*il consenso è indispensabile per l'erogazione della prestazione socio assistenziale sanitaria*).

Do il consenso

Nego il consenso

b) Autorizzo a fornire le informazioni sul mio stato di salute

A nessuno

Ai miei familiari

Alle seguenti persone.....

c) Autorizzo ad informare sulla mia presenza in struttura

Non autorizzo ad informare sulla mia presenza in struttura

Autorizzo ad informare della mia presenza in struttura le seguenti persone

.....
.....

Breganze.....

Firma.....