

DELEGA

COMPILARE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

DELEGA

Il Sig./la Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

RICHIEDERE RITIRARE - copia conforme all'originale della documentazione sanitaria di prestazioni effettuate in ORAS

RICHIEDERE RITIRARE - la documentazione sanitaria di prestazioni effettuate in ORAS

RICHIEDERE RITIRARE - la copia conforme all'originale della fattura emessa per prestazioni effettuate in ORAS

ALTRO _____

Data _____

(Firma del delegante - intestatario della documentazione)

Data _____

(Firma del delegato)

LA PRESENTE DELEGA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE VALIDO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.

Informazioni sul trattamento dei dati personali (Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale UE 2016/679)

L'ORAS, in qualità di titolare del trattamento tratterà i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo, tramite personale specificamente autorizzato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale vengono presentati, nonché per finalità di archiviazione nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione comporterà l'impossibilità di dar seguito alla richiesta presentata. I dati acquisiti nell'ambito della presente procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa e non saranno comunicati a soggetti terzi non autorizzati fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti di cui al capo III del Regolamento (UE) 2016/679 rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati: mediante l'invio di una lettera indirizzata a RPD Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.a Via Padre Leonardo Bello 3/c 31045 Motta di Livenza ovvero via e mail al seguente indirizzo di posta elettronica rpd@ospedalemotta.it indirizzo pec rpd@pec.ospedalemotta.it, tel 0422 287339.