

## 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 RGPD 2016/679)

L'ORAS, in qualità di titolare del trattamento tratterà i dati personali raccolti esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale vengono presentati e per finalità di archiviazione nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. I dati personali verranno trattati da personale specificamente autorizzato inclusi i soggetti ai quali l'ORAS ha affidato attività di trattamento in qualità di responsabili esterni ai sensi del art 28 del regolamento UE 2016/679, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. Il conferimento di tali dati è obbligatorio, pertanto l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di dare seguito all'istanza presentata. I dati acquisiti nell'ambito della presente procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa e sanitaria 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. Per far valere i suoi diritti come previsto al CAPO III DEL Regolamento Generale UE 2016/679 in qualsiasi momento può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.a. Via Padre Leonardo Bello, 3/C 31045 Motta di Livenza tel 0422-287339 e-mail rpd@ospedalemotta.it pec rpd@pec.ospedalemotta.it.