



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**

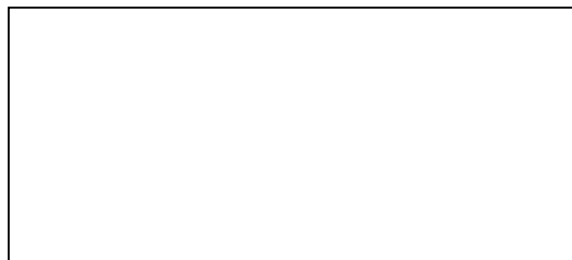
Ed in relazione alla richiesta di cui sopra

**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](mailto:info@clinicasedes.it)

DPOL'Avv. Annateresa con studio in Torino, via Maria Vittoria n.6, [dpo@clinicasedes.it](mailto: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](mailto:info@clinicasedes.it)

2) Reclamo, da presentarsi al Garante per la Protezione dei Dati Personali ([www.garanteprivacy.it](http://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](http://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 ABBAIA 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](mailto: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** \_\_\_\_\_