

## RICHIESTA DIALISI VACANZA

**Il sottoscritto/a**

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_  
 nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

OSPITALITA' DIALITICA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

TRISETTIMANALE	BISETTIMANALE	MONOSETTIMANALE
----------------	---------------	-----------------

## DICHIARA

CENTRO DIALISI DI APPARTENENZA	
TELEFONO	FAX
e-mail di riferimento	

TIPO DI ACCESSO	HBsAG (valore) CVC temporaneo sede _____ CVC tunnellizzato sede _____ FAV _____
MARKERS VIRALI	HBsAG valore _____ del _____ Anti HCV valore _____ del _____ Anti HIV valore _____ del _____

**ALLEGARE AL PRESENTE MODULO**

- Sintesi clinica anamnestica
- Eventuali problematiche intradialitiche
- Eventuali infezioni in atto e/o isolamenti colturali

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1., esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

 \_\_\_\_\_  
 data \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 firma (per esteso) \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **– A COSA SERVE IL MODULO**

*La persona in vacanza può utilizzare il presente modulo per richiedere Ospitalità Dialitica presso i centri preposti della ASL CN 1*

Si precisa che NON SARANNO ammessi al Centro Dialisi utenti con CVC non tunnellizzato o con infezioni del CVC in atto e problemi clinici acuti.

### **– CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Il modulo va compilato e firmato dalla persona in vacanza che necessità di OSPITALITÀ DIALITICA*

### **– COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1**

Il modulo compilato in ogni sua parte e firmato può essere:

**a) Inviato via FAX al N° 0174 /723698**

**b) Tramite email a [nefrologia.ceva@aslc1.it](mailto:nefrologia.ceva@aslc1.it)**

### **Avvertenze**

*Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione*

### **– MODALITÀ E TEMPI DI RISPOSTA**

Se la domanda verrà accettata il Centro Dialisi, entro 15 giorni, contatterà il richiedente telefonicamente per completare la procedura.

### **RIFERIMENTI**

SC Nefrologia e Dialisi

Tel.: 0174-723689 / 0174-723694

E-mail: [nefrologia.ceva@aslc1.it](mailto:nefrologia.ceva@aslc1.it)