



Egregio Sig./Gentile Sig.ra

Busto Arsizio, _____

Abbiamo preso nota della Sua richiesta di erogazione della seguente prestazione:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	TARIFFA	NUMERO
Visita fisiatrica o geriatrica in struttura	€. 80,00	
Visita fisiatrica o geriatrica al domicilio	€. 100,00	
Visita a cura di uno psicologo in struttura	€. 90,00	
Seduta fisioterapica al domicilio	€. 30,00	
Pacchetto 10 sedute fisioterapiche al domicilio	€. 280,00	
Prestazione infermieristica al domicilio	€. 30,00	
Prelievo ematico al domicilio	€. 20,00	
Intervento educativo al domicilio	€. 25,00	
Prestazione assistenziale a cura di un OSS al domicilio	€. 22,00	
Pacchetto 10 Prestazione assistenziale a cura di un OSS al domicilio	€. 200,00	
Prestazione assistenziale a cura di un ASA al domicilio	€. 21,00	
Intervento assistente sociale al domicilio	€. 28,00	
TOTALE PRESTAZIONI	€.	

da effettuarsi al Sig./Sig.ra _____ presso _____

Istituto La Provvidenza

Via San Giovanni Bosco, 3 – 21052 Busto Arsizio (VA)

☎ 0331 358111

✉ info@laprovidenzaonlus.it

🌐 www.laprovidenzaonlus.it

C.F. 81002690121 - P. IVA 01279730129



- La prestazione verrà resa in data _____.
Il pagamento dovrà essere effettuato contestualmente all'erogazione della prestazione.
- Le prestazioni a ciclo programmato avranno inizio il _____.
Il pagamento dell'intero ciclo di prestazioni dovrà avvenire contestualmente all'erogazione della prima prestazione.
In tal caso verrà compilato il modulo qui allegato con l'indicazione delle date delle prestazioni e la descrizione delle stesse.

In entrambi i casi, il pagamento potrà anche essere effettuato al momento della sottoscrizione del presente documento.

Il pagamento potrà avvenire tramite:

- POS (portatile)
- denaro contante

In caso di pagamenti in contanti, non sarà possibile detrarre il costo delle spese sanitarie, come previsto dalla normativa vigente.

Al pagamento seguirà regolare fattura intestata al paziente.

Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa ex art. 13 apposta in calce al presente modulo.

PER ACCETTAZIONE

Paziente / ADS /Tutore / Curatore

.....

Istituto LA PROVVIDENZA

.....



PROGRAMMA PRESTAZIONI

Servizio di Assistenza Privata Domiciliare

Utente Sig./Sig.ra _____

Pacchetto/Prestazione Nr. _____

Data inizio Prestazioni _____

NUM.	DATA	FIRMA OPERATORE	DIARIO PRESTAZIONI DOMICILIARI	FIRMA UTENTE/ FAMILIARE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
NOTE				

Firma per accettazione _____



Istituto “La Provvidenza” Onlus - quale titolare del trattamento - tratta i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo per consentire la fruizione e l’erogazione delle prestazioni richieste, nonché per adempiere agli obblighi previsti in materia amministrativa e contabile. Nell’ambito delle predette finalità, il trattamento dei dati avverrà in forma cartacea e mediante strumenti elettronici, nel rispetto delle disposizioni normative in materia di protezione dei dati personali e sarà gestito da personale interno appositamente formato ed istruito, nonché da soggetti nominati responsabili del trattamento. I dati saranno, poi, conservati in Unione Europea per tutta la durata delle prestazioni e per i 10 anni successivi alla loro cessazione, fatti salvi gli obblighi di conservazione previsti dalla normativa vigente. Con riferimento ai dati, è riconosciuto il diritto di esercitare l’accesso, la rettifica, la cancellazione, la portabilità, la limitazione e l’opposizione al trattamento. Tutti i diritti elencati potranno essere esercitati inviando un’e-mail all’indirizzo privacy@laprovvidenzaonlus.it oppure una lettera raccomandata a Istituto La Provvidenza Onlus, in Busto Arsizio, Via San Giovanni Bosco n. 3. È, altresì, riconosciuto il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenga che il trattamento violi le disposizioni normative.

Per maggiori informazioni è possibile contattare il DPO nominato, inviando un’e-mail all’indirizzo dpo@laprovvidenzaonlus.it.