**MODULO PER RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI**

 **(non per atto medico)**

PROT. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **SOGGETTO CHE EFFETTUA LA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI:**

Cognome …………………………………………………. Nome ……………………………………….

Nata/o il ……………………………….. a ………………………………………………….. Prov. (…….)

Residente in via …………………………………………………………………………………………….

c.a.p …………………. Comune …………………………………..……………………….Prov (………)

e -mail……………………………………….…………**@**……………………………………………….....

Telefono ………………………………………………………………...…………………………………..

*(l’Ufficio si riserva di contattarLa, telefonicamente o via mail, per chiarimenti ed integrazioni rispetto a quanto scritto)*

* **SOGGETTO PER CONTO DEL QUALE VIENE EFFETTUA LA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI:**

 PER SE STESSO PER CONTO DI:

Cognome …………………………………………………. Nome ……………………………………….

Nata/o il ……………………………….. a ………………………………………………….. Prov. (…….)

Residente in via …………………………………………………………………………………………….

c.a.p …………………. Comune …………………………………..……………………….Prov (………)

e -mail……………………………………….…………**@**……………………………………………….....

Telefono ……………………………………………………………...……………………………………..

Relazione di parentela o altro……….……………………………………………………………………………….

Possesso di **DELEGA**:

 SÌ NO

**OGGETTO DELLA RICHIESTA DI RISACIMENTO DANNI:**

* **SMARRIMENTO** …………………………………………………………………… (specificare l’oggetto smarrito)

Avvenuto presso l’Unità Operativa di ………………………………………………………………………..

In data o periodo di ricovero………………………………………………………………………………….

* **INFORTUNIO ALL’INTERNO DELL’AREA ASL PESCARA**

……………………………………………………………………………………… (specificare dov’è avvenuto l’infortunio)

In data…………………………

**DESCRIZIONE DELL’ACCADUTO:**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………….

* **DOCUMENTI ALLEGATI:**
1. Delega alla presentazione (eventuale), a favore di ……………………………………………………………………………………………………………..…..
2. altri documenti (eventuali, specificare quali):

 ……………………………………………………………

……………………………................................................

……………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte  Descrizione generata automaticamenteInformativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR**Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato |

**DATA:** ……………………………… **FIRMA**

 **(anche per presa visione dell’informativa estesa)**

 …………………………………………

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA ALL’INOLTRO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO**

Il/La sottoscritto/a.……………………………………………..………….…………...........….................……

nato/a a…………………………………................……..........il...……………..……………….………….......

residente in…………….…………………………..………..via…………………………………………….…

C.A.P……………..…. telefono……………………………………………….................................................

indirizzo di posta elettronica ordinaria/PEC……………………………………………………………………

documento di identità………………………………….n°………………………...

rilasciato da……………………………………………….....……..il…………………………………………

**DELEGA**

* **a presentare questa richiesta**
* **a presentare questa richiesta e ricevere risposta**

Il/la Sig./Sig.ra.……………………………………………..………….…………...........…...............…………

nato/a a………………………………….............................. Prov. .…............il…….……………………….…

residente in …………….……………………..via………………………………………C.A.P……………….

telefono …………………………………… . Cellulare ..………………………………………………….......

indirizzo di posta elettronica ordinaria/PEC……………….……………………………………………………

documento di identità (tipo)……………….………………………..n°……………………….………………..

rilasciato da………………………………….........................……il………...…………………………………

|  |
| --- |
| **Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte  Descrizione generata automaticamenteInformativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR**Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato |

Data***………………….……………………***

 **FIRMA**

 **(anche per presa visione dell’informativa estesa)**

 …....………………………………………

*Solo in caso di invio telematico, allegare le copie dei documenti di identità del delegante e del delegato.*