

**VERIFICA LA TUA POLIZZA ASSICURATIVA SANITARIA.
POTRESTI USUFRUIRE DELLA CAMERA RISERVATA
SENZA ALCUN COSTO AGGIUNTIVO**

Richiesta Camera privata

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in Via _____ Recapito telefonico _____

Indirizzo email _____

tipo di ricovero: SSR

reparto di: _____ tipo di intervento _____

data presunta dell'intervento _____ Equipe _____

chiede alla società Kinetika Sardegna Srl in qualità di gestore delle Case di Cura di poter usufruire di un maggiore comfort con il ricovero in:

camera singola

camera doppia uso esclusivo o con possibilità di ospitare un accompagnatore
(previa autorizzazione del Direttore Sanitario)

e **si impegna a corrispondere**, al momento della dimissione, la somma di € _____

(IVA compresa) per ogni giorno di degenza

IN CASO DI RICOVERO PER PROTESI LA RICHIESTA DELLA CAMERA SI INTENDE

SOLO PER LA DURATA DELLA DEGENZA PER L'INTERVENTO (Reparto Ortopedia)

ANCHE PER DEGENZA IN RIABILITAZIONE (Il ricovero in riabilitazione potrà avvenire presso la Casa di Cura Polispecialistica Sant'Elena o presso la Casa di Cura San Salvatore)

Firma richiedente _____

Note: _____

**LA RICHIESTA DELLA CAMERA NON GARANTISCE L'EFFETTIVA DISPONIBILITÀ DELLA STESSA
CHE VERRÀ COMUNICATA SOLO IL GIORNO DEL RICOVERO**

Quartu Sant'Elena _____

Firma richiedente _____

PRESA VISIONE INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI

Con la presente il sottoscritto _____ in qualità di diretto interessato o in qualità di

_____ del paziente _____

DICHIARA di aver preso visione dell'informativa ricevuta come da GDPR 2016/679.

Firma leggibile _____