

**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 \_\_\_\_\_