



REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 8 Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti

Informativa sul trattamento dei dati personali (Rev. 02/08/2018)

(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679 – Regolamento Generale Protezione Dati)

A. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è la Regione Siciliana, i cui dati sono riportati nell'intestazione della presente informativa.

B. Responsabile della protezione dei dati

Il Referente per la protezione dei dati per l'Assessorato della Salute è il dott. Fulvio Monterosso, contattabile ai seguenti recapiti:
Numero telefonico: 091 7075742, indirizzo e-mail: fulvio.monterosso@regione.sicilia.it;
PEC: dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

C. Finalità del trattamento dei dati personali

I dati personali che Lei vorrà fornire saranno utilizzati per poterLa contattare per svolgere una breve intervista telefonica per ottenere utili informazioni sulla qualità dei servizi di ricovero e ambulatoriali offerti dal Servizio Sanitario, al fine di monitorare i servizi sanitari offerti ed attivare le necessarie politiche di miglioramento. Si precisa che il conferimento dei dati personali è facoltativo per le finalità indicate, pertanto non sussiste nessuna conseguenza in caso di Suo rifiuto.

I Suoi dati NON saranno oggetto di diffusione.

D. Periodo di conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno conservati per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità indicate.

F. Diritti dell'interessato

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di seguito indicati:

- F1: diritto di accesso ai dati personali;
- F2: diritto di rettifica;
- F3: diritto all'oblio o alla cancellazione dei dati;
- F4: diritto alla limitazione del trattamento.

Per esercitare i diritti indicati può contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP) attraverso i canali indicati al punto B. della presente informativa. Inoltre, è un Suo diritto proporre reclamo all'autorità di controllo competente (il Garante per la protezione dei dati personali, contattabile i dati di contatto riportati sul sito web www.garanteprivacy.it).

Consenso al trattamento dei dati personali

(ai sensi dell'art. 7 del Regolamento U.E. 2016/679 – General Data Protection Regulation)

Dopo aver attentamente preso visione dell'informativa e averne compreso il contenuto,

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Presta il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate.

Data _____

Firma _____

Nel caso in cui l'interessato sia un minore di 16 anni, il consenso è prestato o autorizzato dal titolare della responsabilità genitoriale

A cura del referente aziendale che raccoglie la liberatoria:

PRESIDIO OSP. / POLIAMBULATORIO: _____

REPARTO: _____ [RICOVERO] [AMBULATORIO]

RECAPITI TELEFONICI: _____

GIORNI SETTIMANALI: [LUN] [MAR] [MER] [GIO] [VEN] - ORARIO: [mattina 10-13] - [pomeriggio 14-18]

GENERE DEL PAZIENTE: [M] - [F] - Età del paziente: [<18] [18-35] [36-50] [51-65] [66-85] [>85]

TITOLO DI STUDIO: [Nessuno o Elementare] - [diploma media] - [diploma superiore] - [laurea e post laurea]

Nome e Cognome del Referente Aziendale

Firma del Referente Aziendale