



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 tramite i dati di contatto riportati sul sito web [www.garanteprivacy.it](http://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 SETTIMANA:** [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]

**NAZIONALITÀ:** [italiana] - [straniera] - **RESIDENZA:** [Sicilia] - [fuori Sicilia]

Nome e Cognome del Referente Aziendale

Firma del Referente Aziendale