



Regione Siciliana

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO**

Via G. Cusmano, 24 – 90141 Palermo

Cod. Fisc./P.IVA: 05841760829

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
NELL'AMBITO DELLE SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWING)**

(ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di diretto interessato che  
procede con la segnalazione di illecito, acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi  
dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR (Relativa al trattamento nell'ambito delle  
segnalazioni di illecito – whistleblowing e pubblicata anche sul sito [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org), sezione  
“Whistleblowing”),

**AUTORIZZO**

l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, ai sensi del D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24 e dell'art. 6  
par. 1 lett. a) del GDPR, a rivelare la mia identità nell'ambito del procedimento disciplinare a carico  
del soggetto di cui alla mia segnalazione ed al relativo trattamento dei miei dati personali per la  
gestione del procedimento disciplinare fondato in tutto o in parte sul whistleblowing:

SI.     NO.     REVOCA (se precedentemente prestato)

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante** \_\_\_\_\_

**Compilazione riservata:**

Operatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_