



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO "PAOLO GIACCONE"**

Informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento U.E.2016/679
Regolamento Generale Protezione Dati

I dati personali da Lei forniti saranno utilizzati per contattarla e sottoporla a una breve intervista telefonica al fine di ottenere utili informazioni sulla qualità dei servizi di ricovero e ambulatoriali offerti dalla nostra AOUP Paolo Giaccone, per procedere ad un costante monitoraggio dei servizi sanitari e ad una successiva attuazione di idonee politiche di miglioramento.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

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

Data _____ Firma _____

Ricovero Ambulatorio

Reparto _____

Recapiti telefonici: _____

Giorni della settimana disponibili: _____

Orario preferito: Mattina Pomeriggio

Genere: Maschio Femmina

Età: 0-18 19-35 36-50 51-65 66 e oltre

Titolo di studio: Nessuno/Elementare Diploma scuola media Diploma scuola superiore

Laurea

Nazionalità: Italiana Straniera

Residenza: Sicilia Altra regione italiana

Firma leggibile del Referente Aziendale

.....