



REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 8 Qualità, Governo Clinico e Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

**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 Responsabile della protezione dei dati della Regione Siciliana ha recapito e-mail: **dpo@regione.sicilia.it**
e **dpo@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). **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