



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867

## Informativa al trattamento dei dati personali ai fini delle indagini di qualità percepita

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

Rev 0.0 2023

### A. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, C.F./P.IVA 01151150867, con sede legale in Viale A. Diaz 7 – 94100 Enna. I dati di contatto del titolare sono i seguenti: Tel. (+39) 0935 520111, E-mail: protocollo.generale@asp.enna.it, PEC: protocollo.generale@pec.asp.enna.it.

### B. Responsabile della protezione dei dati

È possibile rivolgersi al responsabile della protezione dei dati, designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, all'indirizzo di posta elettronica: dpo@asp.enna.it.

### C. Finalità Trattamento dei dati personali

I dati personali che Lei vorrà fornire saranno utilizzati per poterLa contattare per svolgere una breve intervista telefonica con lo scopo di ottenere utili informazioni sulla qualità dei servizi di ricovero e ambulatoriali al fine di monitorare i servizi sanitari offerti e attivare le necessarie azioni di miglioramento. Il conferimento dei dati personali è facoltativo per le finalità indicate, pertanto non sussiste alcuna conseguenza in caso di rifiuto. I suoi dati non saranno oggetto di diffusione e saranno conservati per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità indicate.

### D. Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare: il diritto di accesso ai dati personali; il diritto di rettifica, diritto all'oblio o alla cancellazione dei dati; diritto alla limitazione del trattamento. Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui sopra, contattando il titolare ed ai recapiti riportati nella presente informativa. *Base giuridica per l'esecuzione di tale trattamento è ravvisabile nel consenso ai sensi dell'art. 7 del GDPR. Lei ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.*

**Ai sensi dell'art.7 del Regolamento U.E. 2016/679- General Data Protection Regulation, dopo avere 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 \_\_\_\_\_

A cura del referente aziendale che raccoglie la liberatoria:

Presidio OSP. Poliambulatorio: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

ricovero       ambulatorio

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Se vuole, può indicare il giorno e l'orario: \_\_\_\_\_

Genere del paziente: (M) (F)    Età: \_\_\_\_\_

Nazionalità:

italiana       straniera, indicare la nazionalità: \_\_\_\_\_

Residenza:

Sicilia       fuori Sicilia