



POLICLINICO SAN PIETRO



POLICLINICO SAN MARCO

# **RICHIESTA DI PRENOTAZIONE**

## **VISITE AMBULATORIALI ED INDAGINI DIAGNOSTICHE**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO:

Casa (Necessario): \_\_\_\_\_

Cell. (facoltativo): \_\_\_\_\_

Fascia oraria preferita (almeno 2 ore) tra le 8.30 e le 17.00: dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

### **PRESTAZIONE RICHIESTA:**

#### **DOVE INOLTARE LA RICHIESTA**



**POLICLINICO SAN PIETRO**

**Fax. 035.604360**



**POLICLINICO SAN MARCO**

**Fax. 035.886263**

#### **INFORMATIVA PRIVACY**

I dati personali e sensibili che ha fornito liberamente sono utilizzati dal Policlinico, titolare del trattamento, solo a fini della prenotazione di visite ambulatoriali e indagini, potranno essere trattati anche con strumenti informatici e potranno essere comunicati esclusivamente a responsabili incaricati della struttura. Lei può in ogni momento accedere ai dati, chiedere di integrarli, rettificarli e più in generale ottenere quanto garantito dall'art. 7 del d.lg. 196/03 rivolgendosi presso la Direzione del Policlinico per l'esercizio dei suoi diritti. Il/la sottoscritto/a acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo .196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali.

Firma

\_\_\_\_\_

**MODULO DA INVIARE INSIEME ALLA COPIA DELL'IMPEGNATIVA**