



POLICLINICO SAN PIETRO



COMUNE DI SUISIO



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:** \_\_\_\_\_.

**COPIA RICETTA**

### **DOVE INOLTARE LA RICHIESTA**

**POLICLINICO SAN PIETRO**

**Fax. 035.604360**

**POLICLINICO SAN MARCO**

**Fax. 035.886263**

FIRMA

\_\_\_\_\_

**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 acquisisce 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.