



Istituti Ospedalieri
Bergamaschi

Gruppo San Donato

RICHIESTA DI PRENOTAZIONE

VISITE AMBULATORIALI ED INDAGINI DIAGNOSTICHE

NOME: _____ COGNOME: _____

RECAPITO TELEFONICO:

Casa _____

Cellulare _____

Fascia oraria preferenziale per esser richiamati tra le 8:30 e le 17:00 (almeno 2 ore)

Dalle _____ alle _____

PRESTAZIONE RICHIESTA

DOVE?

**POLICLINICO SAN
MARCO**

Fax 035/886263

**POLICLINICO SAN
PIETRO**

Fax 035/604360

**POLIAMBULATORIO DI
TREVIGLIO**

Fax 0363/301652

INFORMATIVA PRIVACY

Dichiaro di essere a conoscenza che i dati personali da me forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'espletamento della presente richiesta nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016- GDPR). Dichiaro altresì di aver preso visione dell'informativa privacy completa disponibile all'indirizzo <https://www.grupposandonato.it/strutture/policlinico-san-pietro/informativa-privacy-paziente>

Firma

MODULO DA INVIARE INSIEME A COPIA DELL'IMPEGNATIVA