



POLICLINICO SAN MARCO POLICLINICO SAN PIETRO

# 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 MARCO  
Fax 035/886263

POLICLINICO SAN PIETRO  
Fax 035/604360

POLIAMBULATORIO DI TREVIGLIO  
Fax 0363/301652

#### 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.*

Firma

MODULO DA INVIARE INSIEME A COPIA DELL'IMPEGNATIVA