

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali Nell'ambito delle segnalazioni di illecito (c.d. whistleblowing)

(ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____, in qualità di diretto interessato che
procede con la segnalazione di illecito, acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi
dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 - GDPR (Relativa al trattamento nell'ambito delle
segnalazioni di illecito – whistleblowing e pubblicata anche sul sito
<https://www.ospedaliriunitipalermo.it/protezione-dei-dati/>)

AUTORIZZO

L'**AOR Villa Sofia Cervello**, ai sensi del D. Lgs. 10 marzo 2023 n. 24 e dell'art. 6 par. 1 lett. a) del
GDPR 2016/679, a rivelare la mia identità nell'ambito del procedimento disciplinare a carico del
soggetto di cui alla mia segnalazione ed al relativo trattamento dei miei dati personali per la gestione
del procedimento disciplinare fondato in tutto o in parte sul whistleblowing:

SI. NO. REVOCA (se precedentemente prestato)

Data _____

Firma del dichiarante _____

Compilazione riservata

Operatore _____

Data _____ (firma) _____

Note _____