



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

**CONSENSO/REVOCA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
relativa al WHISTLEBLOWING**

ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679

Premesso che il presente modello integra l'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e sempre disponibile all'indirizzo web <https://www.arnascivico.it/attachments/article/32740/Informativa%20WHISTLEBLOWING.pdf>.

si dichiara con la presente che

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____ il ___/___/___, e residente a _____ in via _____ C.F. _____, in qualità di diretto interessato che procede con la segnalazione di illecito

AUTORIZZA

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico - Di Cristina - Benfratelli" ai sensi dell'art. 12 del D. Lgs. 24/2023 commi 2 e 6 e dell'art. 6 par. 1 lett. a) del GDPR 2016/679, al trattamento dei propri dati personali al fine di procedere alla rivelazione dell'identità della persona segnalante e delle informazioni di cui all'art. 14, comma 2, d.lgs. 24/2023, a persone diverse da quelle competenti a ricevere o dare seguito alle segnalazioni, ciò indispensabile anche ai fini della difesa della persona coinvolta

SI

NO

REVOCA (se precedentemente prestato)

AUTORIZZA

(compilare il consenso se l'ipotesi è pertinente)

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico - Di Cristina - Benfratelli" ai sensi dell'art. 12 del D. Lgs. 24/2023 commi 5 e 6 e dell'art. 6 par. 1 lett. a) al trattamento dei propri dati personali nell'ambito del procedimento disciplinare, qualora la conoscenza dell'identità del segnalante fosse indispensabile per la difesa dell'incolpato

SI

NO

REVOCA (se precedentemente prestato)

Per gli scopi di cui sopra, si rilascia il Documento di riconoscimento di cui si allega copia alla presente:

tipo _____ n. _____ rilasciato da _____

Firma dell'Interessato _____ Data _____

Operatore _____

Firma _____ Data _____

Note _____