

Al Direttore Generale
dell'ATS Di Brescia
Viale Duca Degli Abruzzi, 15
25124 – Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: Richiesta per elaborato finale – Corso di Laurea in

Il/la sottoscritto/a _____, Relatore di tesi dello/a studente/ssa
_____ del Corso di Laurea in _____ dell'Università
_____, matricola _____, al fine di completare la stesura
della Tesi di Laurea dal titolo "TITOLO",

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE PER

- la somministrazione, presso la SC/SS _____ nel periodo dal
_____ al _____, del questionario di cui allega copia, specificandone
l'obiettivo.
- la consultazione e l'utilizzo, finalizzati all'elaborazione della Tesi di Laurea, dei dati
aziendali relativi a _____
- la sperimentazione, presso la SC/SS _____, dello
strumento _____ (*specificare*) di cui allega copia,
specificandone l'obiettivo.
- altro (*specificare*) _____

Il sottoscritto assicura che i dati raccolti saranno utilizzati unicamente a fini statistici e di studio, e che saranno trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 196/2003 e ss.ii e Reg. UE 2016/679.

Ringraziando per l'attenzione, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

In fede

*INFORMATIVA PRIVACY ai sensi degli articoli 13 e 14 Regolamento UE n. 679/2016: i dati personali trattati dall'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia sono raccolti per le finalità consentite dalla legge.
Titolare del trattamento è l'ATS di Brescia nella persona del Direttore Generale – Legale Rappresentante pro tempore.
I Responsabili del Trattamento dei dati sono i Dirigenti Responsabili dei Servizi/Unità Operative coinvolti nei procedimenti attivati per le finalità sopra indicate.
L'informativa completa, anche dei diritti esercitabili dall'interessato, è pubblicata sul sito web dell'ATS www.ats-brescia.it
Sezione Privacy*