



Alla Direzione Sanitaria

(La invitiamo cortesemente a compilare il modulo in stampatello)

OGGETTO: Segnalazioni di disservizio – reclamo.

Il/La sottoscritt _____ nat_ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

telefono _____, e-mail _____ in qualità di:

◆ **Utente**

◆ **Parente di utente** _____

specificare in questo caso il nome e cognome dell'utente che ha fruito del servizio, indirizzo, città, numero di telefono

◆ **Cittadino/Associazione/altro** _____

specificare in questo caso il nome e cognome dell'utente che ha fruito del servizio, indirizzo, città, numero di telefono

Segnala quanto segue:

(indicare con precisione il giorno, il luogo ed il tipo di disservizio oggetto della presente segnalazione allegando anche eventuale documentazione)

Aggiungere altri fogli in caso di necessità, numerando i fogli.

N.B. Allegare sempre un valido documento di riconoscimento della persona che firma il reclamo

Firma _____

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196 del 30.6.2003 e del Regolamento (UE) 2016/679; il modello potrà essere integrato a seguito dell'adozione del decreto di attuazione del predetto Regolamento.

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'art.13 del D.L.gs. 196 del 30.06.2003 e degli art. 13-14 del GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) 2016/679, i dati personali forniti con la presente segnalazione saranno trattati nell'ambito delle finalità di assistenza/gestione dei reclami.

Data _____

Firma _____