

DELEGA ALL'INOLTRO DI: RECLAMO SEGNALAZIONE SUGGERIMENTO ENCOMIO

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ (Pr. _____)

il _____ residente in _____ CAP _____ Via _____

tel _____ Documento di identità (allegato in fotocopia) _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA:

La/il Sig. _____ nata/o a _____ (Pr. _____)

il _____ residente in _____ CAP _____ Via _____

tel _____ Documento di identità (allegato in fotocopia) _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

Luogo e data _____ **Firma del Delegante** _____

Informativa agli utenti ai sensi degli art. 7 e 13 del D.Lgs. 196/03

I dati da Lei forniti per lo svolgimento dei nostri servizi, compreso l'indirizzo di posta elettronica, verranno trattati per finalità di gestione amministrativa. Le sono riconosciuti i diritti di cui agli art. 7 e 13 del D.Lgs 96/03, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendone richiesta al titolare del trattamento.

Firma leggibile _____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA USL RM H

Struttura Sanitaria _____

Motivo Segnalazione:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> aspetti strutturali | <input type="checkbox"/> informazioni | <input type="checkbox"/> aspetti amministrativi |
| <input type="checkbox"/> aspetti tecnico-professionali | <input type="checkbox"/> aspetti organizzativi | <input type="checkbox"/> aspetti relazionali |
| <input type="checkbox"/> tempi d'attesa | <input type="checkbox"/> aspetti economici | <input type="checkbox"/> comfort alberghiero |
| <input type="checkbox"/> richieste improprie | <input type="checkbox"/> altro | |

Firma Operatore
