

MODULO

SUGGERIMENTO **SEGNALAZIONE** ¹ **RECLAMO** ¹ **ENCOMIO**

LUOGO IN CUI SI E' VERIFICATO L'EVENTO

Ospedale di Reparto/ambulatorio/altro

Sede Asl di Altro

DATA DELL'EVENTO

DESCRIZIONE:

PRESENTATO DA (da compilare in stampatello) in caso di reclamo e/o encomio è prevista una risposta al cittadino.

²COGNOME _____ NOME _____

VIA _____ COMUNE _____ PROV _____

CONTATTO TELEFONICO _____ E-MAIL _____

Diretto interessato Familiare o altro _____

di _____

Data _____ Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, consapevole che il trattamento potrà riguardare i dati personali, ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa di cui sopra. Autorizza altresì l'invio della presente segnalazione ai soggetti coinvolti nella segnalazione. Nel caso la persona del dichiarante non coincidesse con l'interessato, (ad esempio i genitori nel caso di minori o il tutore legale) è necessario che il dichiarante presenti una delega che preveda anche l'autorizzazione al trattamento dei dati.

Data _____ Firma _____

¹ Entro 15 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento

² La segnalazione può essere anche anonima ma potrà essere trattata solo se adeguatamente circostanziata nei fatti descritti