



SEGNALAZIONE

All'Ufficio Relazioni col Pubblico

P.O. di _____

Poliambulatorio/Servizio _____

RECLAMO

RILIEVO

SUGGERIMENTO

ENCOMIO/ELOGIO

Chi segnala

Nome Cognome _____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Tel. _____ @ _____

Per chi segnala

Nome Cognome _____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Tel. _____ @ _____

Eventuale grado di parentela _____

Possesso di delega SI NO

DESCRIZIONE DEL FATTO

Descrivere fatti, luoghi e tempi oggetto della segnalazione. Segnalare anche eventuali richieste e/o suggerimenti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 12 del Regolamento UE 2016/679 -Nuovo Regolamento Privacy).

In attuazione della normativa di cui sopra la informiamo che:

- I dati sono raccolti e trattati esclusivamente per scopi di natura amministrativa per lo svolgimento delle attività dell'URP e per la gestione della segnalazione, in attuazione della normativa vigente.
- Il consenso al trattamento dei dati è facoltativo. Il mancato consenso al trattamento dei dati, in caso di reclamo, comporta la mancata risposta scritta.
- I dati saranno comunicati esclusivamente al Responsabile e agli incaricati aziendali per le parti del procedimento di loro competenza.
- I dati personali sono raccolti e trattati con supporto informatico e cartaceo, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza prescritte dal Codice sulla Privacy.
- Il titolare del trattamento dei dati è **l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana** – Via Pandina 1 – Vizzolo Predabissi.

Da compilare obbligatoriamente

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Esprimo il consenso al trattamento dei mie dati personali **Si** **No**

Autorizzo il Sig./Sig.ra _____ (indicare il legame di parentela) _____ ad acquisire, per mio conto, le informazioni sopra richieste.

Data _____ Firma _____

Riservato all'Ufficio – Segnalazione:

Verbale Con Modulo Cassetta Telefonica e-mail Fax

Ricevuto il _____ da _____

U.O. _____