



**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 \_\_\_\_\_