



## 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.  del  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 del D.L.gs. 101 del 10.08.2018 i dati personali forniti con la presente segnalazione saranno trattati nell'ambito delle finalità di assistenza/gestione dei reclami.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si informa che qualora il paziente o familiare non volesse fornire i propri dati, non sarà possibile dare seguito alla segnalazione e fornire adeguata risposta.