****

***Ufficio Relazioni con il Pubblico***

***Tel. Fax – 0962 / 924197/0962-924822***

**SCHEDA SEGNALAZIONE DISFUNZIONI e/o RECLAMI**

 **Azienda Sanitaria Provinciale**

 **Ufficio Relazioni con il Pubblico**

 **88900 CROTONE**

🞏 Verbale 🞏 Telefonica

🞏 Con modulo

🞏 Con lettera allegata

Del Sig./Sig.ra ………………………………………… Nato/a il… ……………. A……………………………………

Residente a: …………………………………… Via ………………………… N° ….. Prov. …… C.A.P.…….. ….

Tel. …………………........

Compilare nel caso l’autore dell’esposto non sia il diretto interessato ma altra persona:

Per conto di …..……………………………………... Grado di parentela/affinità ………………………………………………

Associazione/organismo tutela dei diritti ……………………………………………………………

RISPOSTA: 🞏 VERBALE 🞏 SCRITTA

PRIVACY: INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 D.L.gs. 196/03

🞏 ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI 🞏 NON ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Oggetto della segnalazione: …………………………………………………..

…………………………………………………………………………….………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per la segnalazione al cittadino si trasmette la segnalazione a:

🞏 Direttore Generale 🞏 Direttore Sanitario 🞏 Direttore Amministrativo 🞏 Direttore U.O. 🞏 Responsabile U.O.

Trasmessa dall’Ufficio ………………………………Il ……………………………L’Operatore …………………………