



SCHEDA SEGNALAZIONE

DISSERVIZIO **RECLAMO** **ELOGIO**

Io sottoscritto/a _____ segnalo quanto verificatosi il

giorno _____ presso _____

Breve descrizione dei fatti:

Segnalo quindi la necessità di:

La risposta in forma scritta è garantita solo per i moduli completi di dati anagrafici corretti e leggibili e copia documento di identità.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 del 27 aprile 2016 (RGPD), La informiamo che i dati personali richiesti nel presente modulo saranno trattati dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico di ASST Spedali Civili nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento e come meglio illustrato nella informativa che può scaricare dal sito web www.asst-spedalivicivi.it



Il conferimento del consenso è facoltativo. Il mancato consenso comporterà necessariamente l'impossibilità di dare corso alla segnalazione e di fornire risposte in merito.

Titolare del trattamento dei dati è ASST Spedali Civili, legalmente rappresentata dal Direttore Generale.

I dati del Responsabile della Protezione dei Dati – (RPD/DPO) (Art. 13.1, lett.b) Reg. 679/2016) sono reperibili sul sito aziendale nella sezione contatti.

Il RPD/DPO può essere contattato utilizzando i seguenti recapiti istituzionali dell'ASST:

mail: rpd@asst-spedalivicivi.it ; pec: protocollo.spedalivicivilibrescia@legalmail.it.

Letto e capito quanto sopra,

Autorizzo Non Autorizzo

al trattamento dei miei dati ai fini della gestione della presente segnalazione.

Data _____ **Firma leggibile** _____

Indirizzo _____ città _____ cap _____

Tel. _____ mail _____

Consegnare al personale o inviare tramite e-mail, posta ordinaria o via fax, **con copia documento di identità** dello scrivente a:

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO, ASST Spedali Civili di Brescia

P.le Spedali Civili n. 1, 25123 Brescia, e-mail: urp@asst-spedalivicivi.it , fax 0303996544

In alternativa si può inviare direttamente ai Presidi di competenza:

Ospedale dei Bambini	urp.bambini@asst-spedalivicivi.it
Ospedale di Gardone VT	urp.presidiogardone@asst-spedalivicivi.it
Ospedale di Montichiari	urp.presidiomontichiari@asst-spedalivicivi.it
Poliambulatori via Biseo, via Marconi e Via Corsica	urp.poliambterritoriali@asst-spedalivicivi.it

Delega a presentare reclamo

Il / La sottoscritto/a

delega il sig. / la sig.ra

in qualità di a presentare reclamo.

Firma dell'interessato (delegante)

Firma del delegato

Si allegano copie dei documenti d'identità validi di delegato e delegante