

SCHEDA PER L'ACQUISIZIONE DI RECLAMI/SEGNALAZIONI

Punto Informativo di _____

Data e ora _____

Luogo (sede) _____

Reparto ospedaliero _____

Ambulatorio _____

Servizio _____

Altro _____

Personale con il quale avete trattato
(nome, funzione, n° telefono)

Descrizione
dell'evento _____

La segnalazione del cittadino viene trasmessa a _____
il giorno _____

L' Operatore

COSA CHIEDE ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE BT

Nome e Cognome _____
Indirizzo _____
Cap/Città/Provincia _____
Numero di telefono _____
Indirizzo e-mail _____

Firma leggibile

Note dell'Operatore

Consenso dell'interessato al trattamento dei dati sensibili

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Residente in _____ in via _____
_____ dichiara

di aver preso visione delle informazioni riportate nel documento "Asl Bat – Informativa ai sensi degli artt. 13 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003" ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati per le finalità connesse al servizio.

Data e luogo

L' Interessato
