

MODULO RACCOLTA RECLAMI/SEGNALAZIONI/SUGGERIMENTI/ ENCOMI

Al Referente URP DS N.....
ASL CE

Dati anagrafici

Nome (o Associazione)

Cognome _____

Indirizzo posta elettronica _____

Via _____

Telefono _____

Comune _____ Provincia _____

In nome e per conto di (indicare nome utente interessato, grado di parentela) _____

Selezionare la tipologia dell'istanza reclamo suggerimento γ segnalazione γ Altro (specificare)

.....

Luogo dove è avvenuto il fatto a cui si riferisce l'istanza (Servizio ; U.O. ; Ufficio ecc)

DATA CUI FA RIFERIMENTO L'ISTANZA _____

Descrizione dei fatti avvenuti (qualora le righe non bastassero integrare con altro foglio)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

✓ ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e succ modifiche e ai sensi del *General Data Protection Regulation* (UE) n. 679/2016 e del Consiglio Europeo del 27/04/2017.

il sottoscritto nato a.....

il residente a

ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali, sensibili e giudiziari, esclusivamente ai fini della gestione amministrativa delle segnalazioni pervenute all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nell'ambito delle funzioni attribuite alla ASL CASERTA

DATA

FIRMA UTENTE

Si allega copia del documento di riconoscimento

Firma Operatore che ha raccolto l'istanza _____