

**MODULO DI RECLAMO
SEGNALAZIONE DI DISSERVIZIO****saniRad srl**
alla c.a.
**DELL'UFFICIO RELAZIONI
CON IL PUBBLICO**via J.F. Kennedy, 3
33019 Tricesimo (UD)

Data l'importanza di una corretta comprensione del presente documento invitiamo alla compilazione di tutti i campi con calligrafia leggibile.

Soggetto interessatoCognome _____ Nome _____
Residenza/domicilio - Via/Piazza _____
Comune e Località Provincia CAP _____
Telefono fisso e mobile _____
e-mail _____**Segnala** per se stesso per il/la Sig./Sig.ra (compilare spazio sottostante)*Grado di relazione con il soggetto interessato* *Coniuge* *Figlio/a* *Genitore* *Parente* *Altro* _____Cognome _____ Nome _____
Residenza/domicilio - Via/Piazza _____
Comune e Località Provincia CAP _____
Telefono fisso e mobile _____
e-mail _____**Racconto dell'episodio**

Data _____ Ora _____ in cui è avvenuto l'episodio.

SEGUE SUL RETRO >>

Descrizione dei fatti

Cosa chiede alla Struttura Sanitaria

Acquisizione del consenso

Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa di seguito riportata ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03, dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili relativi al procedimento attivato.

Il mancato consenso al trattamento dei dati non consentirà alla sanirad di condurre l'indagine sui fatti segnalati e di conseguenza dare una risposta al richiedente.

Data _____ Firma leggibile _____

Modalità invio

- Posta Consegna agli operatori dello sportello
 Cassetta arancione riservata alle schede di gradimento e ai moduli di reclamo