Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Cesare Benedetti" di Mori	HOSPICE AMEDEO BETTINI MEDICO	MODULO PER I RECLAMI

Mori, _____

CONTENUTO DEL RECLAMO

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

DATI ANAGRAFICI (obbligatori se richiesta una risposta)

COGNOME_____
NOME_____
VIA_____CAP_____
COMUNE_____PROVINCIA_____
RECAPITO TELEFONICO_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

La informiamo che i dati contenuti nel Suo reclamo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per la verifica di quanto da Lei dichiarato, non verranno diffusi, non verranno comunicati ad altri soggetti se non a quanti interessati alla presente verifica.
Acconsento al trattamento dati. Firma_____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. 30/06/2003 NR. 196

Titolare dei dati è A.P.S.P. "Cesare Benedetti", Hospice Amedeo Bettini.