|  |  |
| --- | --- |
| http://www.upipa.tn.it/UploadImgs/10_mori.jpg  ***Azienda Pubblica di Servizi alla Persona***  ***“Cesare Benedetti” di Mori*** | MODULO  SEGNALAZIONI E RECLAMI |

**SERVIZIO INTERESSATO**

RSA e Casa Soggiorno Centro Diurno Hospice

Fisioterapia per Esterni Ambulatoriale Domiciliare

**EVENTUALE RESIDENTE COINVOLTO** sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **CONTENUTO DEL SUGGERIMENTO O RECLAMO** |

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DI CHI SCRIVE, obbligatori se si desidera risposta scritta entro i 45 giorni previsti**  COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA SEGNALAZIONE/RECLAMO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **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** (Reg. UE 16/679)  Titolare dei dati è l’A.P.S.P. “Cesare Benedetti”. |