Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Cesare Benedetti" di Mori	MODULO PER I SUGGERIMENTI E I 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 una 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".