

SUGGERIMENTI

INFORMATIVA



SEGNALAZIONI - RECLAMI SUGGERIMENTI - ENCOMI

IL SOTTOSCRITTO

nato a _____

il _____

residente a _____

Via/P.za _____ n. _____

telefono _____

e-mail _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diretto interessato | <input type="checkbox"/> Patrocinatore |
| <input type="checkbox"/> Genitore di minore | <input type="checkbox"/> Coniuge |
| <input type="checkbox"/> Tutore | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

SE DIVERSO DALL'INTERESSATO

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO

nato a _____

il _____

residente a _____

Via/P.za _____ n. _____

telefono _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____

Le informazioni verranno trattate dal personale incaricato nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali e della privacy (D.lgs 196/2003)

Le segnalazioni possono essere inoltrate anche in forma anonima. Se l'utente intende ricevere una risposta è tuttavia necessario inserire i dati nella prima parte del presente modulo. In tal caso l'Azienda Sanitaria Locale Salerno si impegna a rispondere: Entro 30 giorni

