AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

U.O.S. COMUNICAZIONE FORMAZIONE
URP

MODULO

RECLAMO ___ SEGNALAZIONE ___ RINGRAZIAMENTO ___

COLLOQUIO___ TELEFONATA___ LETTERA___ FAX___ E- MAIL___

REG. n°_____ Data_____ Unità Operativa_____

Cognome_____ Nome_____

Associazione di Volontariato_____

Indirizzo_____Città_____Provincia_____ _____

Data di nascita_____Tel. Uff./Cell._____ _____

Titolo di studio_____ Professione_____

C.I. /PAT. N._____ Rilasciata il _____da_____

A nome di (se chi presenta la segnalazione non è il diretto interessato) Codice Fiscale n.

_____/_____

Oggetto _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Informativa Trattamento dati personali: i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dall'Azienda Ospedaliera di Cosenza per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito della segnalazione da Lei inoltrata. Si precisa che, in caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali, la segnalazione non potrà essere evasa. In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno conservati secondo le misure minime di sicurezza previste dal D.Lgs. 196/03. Autorizzo l'AZIENDA OSPEDALIERA all'uso dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

SI __ NO__ Firma _____ Data_____