

STAFF DIREZIONE STRATEGICA
U.O.S.D. URP - Comunicazioni Istituzionali - Rapporto con le Associazioni
Responsabile: Dr. RESTI Carlo Vittorio

Data/...../.....

Segnalazione fatta da:

cognome nome
domiciliato a prov. c.a.p.
via n°
tel. fax e-mail

Per conto di:

cognome nome

Contesto:

QUANDO: data evento/...../..... DOVE: luogo evento

Relazione:

firma

NB.: il firmatario la segnalazione autorizza l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati sopra riportati *esclusivamente* per l'approfondimento dei fatti segnalati, ai sensi del **Regolamento Europeo UE 679/2016 del 27/4/2016- GDPR** – relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e del **D.Lgs. 196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 101/2018**.



Ospedale San Camillo – Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma
Email: urp@scamilloforlanini.rm.it Tel: 06 58706757 - Fax 06 58706758

Il/La Sottoscritto/a

cognome..... nome.....

documento di identità....., n.....

rilasciato da....., il/...../..... **che si allega in
fotocopia**

DELEGA

Il/La Sig./ra

cognome..... nome.....

documento di identità....., n.....

rilasciato da....., il/...../.....

a presentare in mia vece la segnalazione sotto specificata ed a ricevere l'eventuale corrispondenza ad essa relativa.

ELOGIO

RECLAMO

RICHIESTA D'AIUTO

RICHIESTA DI RISARCIMENTO

firma del delegante

data/...../.....

NB: tale delega è da allegare alla segnalazione all'atto della sua presentazione

