ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Unità Operativa Comunicazione e Informazione
URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico
Via G. Cusmano, 24
90141 – PALERMO

EMAIL reclami@asppalermo.org
WEB www.asppalermo.org

SCHEDA SEGNALAZIONE DISSERVIZIO
da inviare a reclami@asppalermo.org

Cognome_____ Nome_____

abitante a_____ Via/Piazza_____ n._____

C.A.P._____ Tel._____ E-mail_____

In qualità di ( )utente direttamente interessato ( ) parente o affine dell'utente interessato_____

( )rappresentante organismi/associazioni/altro_____

Dopo avere preso visione del Regolamento di Pubblica Tutela degli Utenti fa presente che:
DESCRIZIONE DEL DISSERVIZIO

Il giorno_____, alle ore_____ presso _____

Data_____ Firma_____

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento EU 2016/679: La informiamo che i dati da Lei forniti con il presente modulo saranno trattati, dai soli uffici interessati, esclusivamente per le finalità connesse alla verifica del presente reclamo/segnalazione e poterLe fornire relativa risposta.
La informiamo inoltre che il consenso al trattamento dei dati è facoltativo ma, in assenza, non sarà possibile dar seguito alla procedura necessaria a fornirLe risposta.
II Titolare del trattamento dei dati è: Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Palermo, legalmente rappresentata dal Direttore Generale pro tempore
Consenso al trattamento dei dati: Il/la sottoscritto/a, consapevole che il trattamento potrà riguardare anche dati sensibili, presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti, al fine dello svolgimento delle procedure indicate nell'informativa.

Data_____ Firma_____

Compilazione riservata all'Ufficio	
Scheda di: **( )Reclamo** **( )Segnalazione** **( )Suggerimento** **( )Elogio**	**Ricevuta da:** **( )Punto Informativo URP:** _____ **( ) Unità Operativa Centrale – Via G.Cusmano 24** **Data**_____**Firma Operatore URP**_____ **Prot. n.**_____**del**_____