



Azienda di Servizi alla Persona
GOLGI-REDAELLI

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Istituto Geriatrico C. Golgi
P.zza E. Samek Lodovici 5 – Abbiategrosso
e-mail urp_golgi_ab@golgiredaelli.it

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Rev. del 2022

Sez. 1 / 1

ELOGIO SUGGERIMENTO RECLAMO DONAZIONE

SEGNALANTE:

Cognome e nome _____

Indirizzo _____ Città _____

Telefono _____ indirizzo e-mail _____

Ospite/Paziente

Familiare/conoscente dell'Ospite/Pz _____

Relazione con l'Ospite/Pz (specificare) _____

Servizio _____ Reparto _____

Altro utente (specificare) _____

Area /Direzione/Servizio _____

MODALITA' DI SEGNALAZIONE:

diretta, su Modulo URP verbale/telefonica scritta/via e-mail

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE:

Io sottoscritto/a - dichiarando di conoscere ed aver compreso i contenuti delle informazioni aziendali in materia di tutela della riservatezza dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 e smi e di aver preso visione del documento aziendale "Registro delle attività di trattamento", in consultazione presso gli uffici aziendali e sul sito www.golgiredaelli.it. - liberamente manifesto l'assenso a che i miei dati personali siano oggetto di trattamento da parte dell'ASP GolgiRedaelli per le finalità connesse ai rapporti da intrattenersi/intrattenuti con l'Azienda medesima.

Data _____

Firma del Segnalante _____

Allegati alla segnalazione: _____

(NEL CASO DI RACCOLTA DI SEGNALAZIONE EFFETTUATA IN FORMA TELEFONICA)

L'operatore ricevente dichiara di aver provveduto ad informare il segnalante che i dati forniti sono oggetto di trattamento da parte dell'ASP Golgi-Redaelli - in conformità delle norme vigenti in materia di tutela della riservatezza dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 e smi, come recepite dall'Azienda nel documento aziendale "Registro delle attività di trattamento", in consultazione presso gli uffici aziendali e sul sito www.golgiredaelli.it - per le finalità connesse ai rapporti da intrattenersi/intrattenuti con l'Azienda medesima.

Data _____

Firma dell'Operatore ricevente _____