

**MODULO DI RECLAMO  
SEGNALAZIONE DI DISSERVIZIO****saniRad srl****UFFICIO RELAZIONI  
CON IL PUBBLICO**via J.F. Kennedy, 3  
33019 Tricesimo (UD)

Data l'importanza di una corretta comprensione del presente documento invitiamo alla compilazione di tutti i campi con calligrafia leggibile.

**Soggetto interessato**Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residenza/domicilio - Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Comune e Località Provincia CAP \_\_\_\_\_  
Telefono fisso e/o mobile \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_**Segnala** per se stesso                       per il/la Sig./Sig.ra (compilare spazio sottostante)*Grado di relazione con il soggetto interessato* Coniuge       Figlio/a       Genitore       Parente       Altro \_\_\_\_\_Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residenza/domicilio - Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Comune e Località Provincia CAP \_\_\_\_\_  
Telefono fisso e/o mobile \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_**Racconto dell'episodio**

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ in cui è avvenuto l'episodio.

**Descrizione dei fatti**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Cosa chiede alla Struttura Sanitaria**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Consenso al trattamento dei dati (art. 13 GDPR 679/16)**

*Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/16, dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili relativi al procedimento attivato.  
Il mancato consenso al trattamento dei dati non consentirà alla saniRad di condurre l'indagine sui fatti segnalati e di conseguenza dare una risposta al richiedente.*

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_