

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

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

Il/La sottoscritto/a

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 _____

Resoconto dell'episodio

Data _____ Ora _____ in cui è avvenuto l'episodio.

Descrizione dell'accaduto

Cosa chiede alla Struttura Sanitaria

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

Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informazione ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/16, dichiara di prestare consenso al trattamento dei propri dati connessi alla presente segnalazione, consapevole che il mancato consenso non consentirà a saniRad di condurre l'indagine sui fatti segnalati e di conseguenza fornire riscontro.

Data _____ Firma leggibile _____