SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 2

REGIONE LAZIO

Ufficio per le Relazioni con il Pubblico **EX ASL ROMA B**

COMUNICAZIONE DEI CITTADINI

(reclamo ☐, segnalazione ☐, suggerimento ☐, encomio ☐)

Cognome e nome di chi presenta la segnalazione: ……

Indirizzo: ……**CAP**……

Telefono: ……**Indirizzo email:** ……...

Data …… **Firma** ……

Eventuale grado di parentela …….. **Possesso di delega:** Si ☐ No ☐

Luogo del disservizio: ……

……

Data e ora del disservizio: ……..

Oggetto del disservizio: ……..

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ANCHE SENSIBILI

Il sottoscritto, consapevole che il trattamento potrà riguardare sia i dati personali che sensibili (ex art. 4, c.1, lett. B) e D) del Decreto Legislativo n.196/2003 presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa di cui sopra. **Autorizza altresì l'invio della presente segnalazione ai soggetti coinvolti nella segnalazione.**

Nel caso la persona del dichiarante non coincidesse con l'interessato, (ad esempio i genitori nel caso di minori o il tutore legale) è necessario che il dichiarante presenti una delega che preveda anche l'autorizzazione al trattamento dei dati.

Data _____ Firma _____