AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA URP	**MODULO PER LA RACCOLTA DI OSSERVAZIONI, OPPOSIZIONI, RECLAMI**	M/919/349 Rev.1 Pag. 1 di 2

Questa scheda può essere consegnata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, o inviata via posta o fax ai recapiti indicati. Si suggerisce di allegare una copia di un documento di riconoscimento poiché l'eventuale risposta scritta potrebbe contenere dati sensibili.

Data:_____Ora:_____

Operatore _____

N. reclamo_____

Per lo stesso motivo, le segnalazioni effettuate per conto di altre persone, siano anche familiari o coniugi, sono trattate conformemente alle disposizioni del d. lgs. 196/2003 (codice in materia di dati personali). È pertanto consigliabile consegnare anche l'autorizzazione dell'interessato (sul retro), corredata di copia di un valido documento di riconoscimento.

In mancanza della documentazione suddetta, l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea potrebbe essere impossibilitata a fornire un adeguato riscontro a chi ha effettuato la segnalazione.
Si precisa comunque che tutte le segnalazioni sono registrate e analizzate.

All' Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea – Via di Grottarossa 1035, 00189 Roma • Fax 06.3377.5001• E-mail urp@ospedalesantandrea.it

Il/La sottoscritto/a (*nome, cognome*)……

- ☐ in qualità di utente dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
- ☐ per conto di (*nome, cognome e grado di parentela)*……, come da autorizzazione sul retro e allegata copia di documento
- ☐ in qualità di esercente potestà genitoriale/tutore di……..……

dichiara che in data…… alle ore……,

presso il reparto/servizio ……, si sono svolti i seguenti fatti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recapiti:
TEL.....VIA.....N.....CAP.....

COMUNE.....PROVINCIA.....

Autorizzo l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea al trattamento dei miei dati personali, generali e sensibili, con esclusione della diffusione o della comunicazione dei dati a terzi (D.lgs 196/2003)

Data..... Firma.....

AUTORIZZAZIONE AL RECLAMO (da compilare in caso di delega)

Il/La sottoscritto/a ……nato/a a ……

il ……residente a ……..in via……..

delega a inoltrare in sua vece osservazioni, opposizioni, reclami verso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea;

il sig/la sig.ra…… nato/a a ……

il ……residente a ……..in via……..

acconsente pertanto alla comunicazione, da parte dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea al soggetto delegato, dei propri dati personali e sensibili (art. 23 D. Lgs. 196/2003), consapevole della facoltà di opporsi in qualsiasi momento a tale trattamento (art. 7 D. Lgs. 196/2003).

Allega copia di valido documento di riconoscimento.

Data e firma……