



MODULO PER

RECLAMO

SEGNALAZIONE

ELOGIO

Cognome Nome _____

Residente a _____ Cap. _____

Via _____

Tel. _____ E-mail _____

N.B. La segnalazione può essere fatta anche in forma anonima. In questo caso non sarà possibile ricevere alcuna risposta sull'esito del reclamo.

Descrizione dei fatti:

Proposte e richieste

Segnalo la necessità di migliorare il servizio di _____

Adottando le seguenti iniziative:

Ai sensi dell'ex art. 13 d.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", la informiamo che i dati personali richiesti nel presente modulo saranno trattati:

- nel rispetto delle norme contenute nel citato decreto legislativo e per le finalità connesse alla gestione del suo reclamo/segnalazione;
- esclusivamente dai responsabili o dagli incaricati, appositamente formati, ciascuno per quanto di competenza;
- su supporto cartaceo adottando misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Il conferimento del consenso è facoltativo ma il mancato consenso comporterà necessariamente l'impossibilità di dare corso alla segnalazione e di fornire risposte in merito.

L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/2003 presentando la richiesta ai responsabili del trattamento ovvero all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Titolare del trattamento dei dati è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, legalmente rappresentata dal Direttore Generale, con sede in Viale degli Abruzzi, 15 - 25124 Brescia.

Accetto

Non Accetto

Il modulo debitamente compilato e sottoscritto:

può essere consegnato direttamente all'Ufficio Protocollo di ATS Brescia in Viale Duca degli Abruzzi, 15 - Edificio 9 oppure inviato via e-mail all'indirizzo relazionicolpubblico@ats-brescia.it; allegando copia del documento di identità

La risposta in forma scritta sarà garantita esclusivamente in caso di segnalazioni complete degli elementi richiesti.

DATA _____

FIRMA
