

MODULO SEGNALAZIONE
DISSERVIZIO - RECLAMO - ENCOMIO

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
Via Papa Giovanni Paolo II - 20025 Legnano (MI)
Tel. 0331/449707-909
urp@asst-ovestmi.it

Il Sig/Sig.ra _____

domiciliato a _____ CAP _____

in via _____ tel n° _____

mail professione

- ☐ persona direttamente interessata ai fatti
- ☐ persona delegata dal diretto interessato ai fatti (**attenzione: far compilare il modulo di delega**)
- ☐ altra persona avente titolo (**attenzione: compilare il riquadro autocertificazione in fondo alla pagina successiva**)
- segnala l'evento di seguito descritto, a titolo di ☐ **reclamo/disservizio** ☐ **encomio**
- avvenuto in data _____ presso l'U.O./Servizio _____
- ☐ Ospedale di Legnano ☐ Ospedale di Cuggiono ☐ Ospedale di Magenta ☐ Ospedale di Abbiategrasso
- ☐ Poliambulatorio di _____ ☐ Altro _____

Descrizione evento:This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679(*), dichiara di prestare il proprio assenso all'utilizzo dei dati personali e/o sensibili contenuti nella documentazione depositata presso l'Azienda, al fine di rendere possibili le indagini relative ai fatti esposti. Responsabile della Protezione dei Dati è la dott.ssa Laura Bonalumi. Email: privacy@asst-ovestmi.it. L'informativa generale è pubblicata sul sito istituzionale al link <http://www.asst-ovestmi.it/home/Privacy>

Data

Firma _____


**MODULO SEGNALEZIONE
DISSERVIZIO - RECLAMO - ENCOMIO**

Il Sig/Sig.ra _____
 domiciliato a _____ CAP _____
 in via _____ tel n° _____
 mail _____ professione _____
 Documento d'Identità n. _____
 Rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il Sig/Sig.ra _____
 domiciliato a _____ CAP _____
 in via _____ tel n° _____
 mail _____ professione _____
 Documento d'Identità n. _____
 Rilasciato da _____ il _____

a inoltrare la presente segnalazione presso l'URP dell'ASST OVEST MILANESE.

- Allego copia di entrambi i documenti d'identità indicati.

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg UE 679/2016 il sottoscritto è informato che i dati raccolti saranno trattati dall'ASST Ovest Milanese, Titolare del trattamento esclusivamente per gli adempimenti riguardanti le attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Ulteriori informazioni sono indicate nell'informativa generale reperibile anche sul sito istituzionale al link <http://www.asst-ovestmi.it/home/Privacy>

Dati di contatto del DPO: privacy@asst-ovestmi.it

Data _____ Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il _____ documento d'identità n. _____ rilasciato da _____
 _____ il _____
 consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARO

di essere _____ (specificare: genitore, tutore, erede ecc.)
 di _____ nato/a a _____
 il _____

Allego copia del documento d'identità indicato.

Data _____ Firma _____