



Allegato 1) Carta dei Servizi Ospedale di Comunità

MODULO DI SEGNALAZIONE

☐ RECLAMO

☐ SUGGERIMENTO

☐ ELOGIO

Alla cortese Attenzione

Direzione ASP ITIS

Luogo e data:

Il/la sottoscritto/a* (Cognome e Nome)

Via* n* Cap* Città*

Telefono*:

In qualità di:

Paziente

Familiare

Altro (specificare):

Segnala che:

Firma*

*i dati non sono obbligatori

INFORMATIVA (breve) TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Reg. 679/16 (GDPR) l'ASP ITIS, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati raccolti nel presente modulo saranno trattati per la gestione della Sua segnalazione e per l'analisi interna della qualità dei servizi erogati.