

Spett.le **EXPRESS DIAGNOSTIC CAPENA SRL**
 Via Tiberina, 34/i – Capena (RM)
 TELEFONO: +39 06.62280101
 EMAIL: capena@expressdiagnostic.it

<input type="checkbox"/> Reclamo	<input type="checkbox"/> Suggerimento / Proposta	<input type="checkbox"/> Elogio	<input type="checkbox"/> Rilievo
---	---	--	---

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 il ___/___/_____ residente a _____ in Via _____
 Prov. _____ Cap _____ Tel. _____ Fax _____
 e-mail _____

Segnalo quanto segue per conto di **me stesso** **altra persona**

Cognome _____ Nome _____
 residente a _____ in _____ Prov. _____ Cap _____
 eventuale grado di parentela _____

Possesso di delega, consenso al trattamento dei dati e copia del documento di riconoscimento.

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

DATA: _____ ORA: _____ LUOGO (località) : _____

REPARTO del CENTRO: _____

SERVIZIO/PRESTAZIONE: _____

PERSONALE COINVOLTO (Medico/i, Specialista/i, Segreteria/e, ecc.): _____

DESCRIZIONE del/i fatto/i: _____

TESTIMONI (eventuali) _____

CONCLUSIONI (richieste e/o suggerimenti):

Comunico l'indirizzo presso il quale desidero ricevere la risposta

Via _____ Comune _____ Cap _____ Prov. _____

Eventuali documenti allegati: _____

Firma :

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (**GDPR**) e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali così come integrato dalle prescrizioni del D.Lgs. 10 agosto 2018 n° 101, che ne adegua i contenuti, fornisco il mio consenso a che il Centro **EXPRESS DIAGNOSTIC CAPENA**, ai fini della corretta gestione del presente reclamo scritto, tratti i miei dati personali, generici e sensibili.

Capena, li:

Firma :

Da utilizzare esclusivamente in caso di delega alla presentazione della segnalazione.

Io sottoscritto _____ nato a _____ il
 ____/____/____ residente a _____ in _____
 Prov. _____

DELEGO

il/la Sig./ra _____ nato a _____ il
 ____/____/____ residente a _____ in _____
 Prov. _____

all'inoltro del reclamo che comprende la trattazione dei miei dati personali anche di natura sensibile.

Produco, a comprova di ciò, copia di un mio valido documento di riconoscimento.

La presente dichiarazione vale anche quale ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (**GDPR**) e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali così come integrato dalle prescrizioni del D.Lgs. 10 agosto 2018 n° 101

Capena, li:

Firma :

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO INTERNO PER LA GESTIONE DELLA SEGNALAZIONE

Scheda ricevuta il ____ / ____ / ____ da _____

- direttamente servizio postale/fax e-mail altro

Capena, li:

Operatore :

Note: