DATA _____ PROTOCOLLO N. _____

SCHEDA SEGNALAZIONE/RECLAMO

CHI PRESENTA LA SEGNALAZIONE

COGNOME _____ NOME _____

VIA _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____

TELEFONO_____ CELLULARE _____ DATA DI ASCITA_____

MAIL _____ PROFESSIONE_____

CHI SUBISCE IL DISAGIO

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____/_____/____ GRADO DI PARENTELA CON CHI PRESENTA LA SEGNALAZIONE _____

DESCRIZIONE DELLA SEGNALAZIONE

Informativa trattamento dati personali:
Informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dalla Fondazione IRCCS Ca' Granda, in ragione dell'attività svolta dall' URP, per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito degli eventi da Lei segnalati. Il trattamento dei dati personali/sensibili, delle informazioni e la conservazione dei moduli compilati saranno effettuati in conformità alle disposizioni del D.Lgs n. 196/2003.
Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 autorizzo l'utilizzo dei dati personali/sensibili e delle informazioni sopra riportati.

FIRMA: _____

PARTE RISERVATA AL COLLABORATORE URP

CDR _____ _____ CDC _____ _____ Codifica _____

Ricevente _____ Modalità _____ Tipo _____

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - Via Commenda, 16 (Padiglione Litta 1° piano) - 20122 Milano
Telefoni: 02 5503.3103 / 2213 – Fax 02 5503.8484 – Orari: lunedì-venerdì: 09.00/16.00 (mercoledì pomeriggio chiuso)
@ urp@pec.policlinico.mi.it (per informazioni contenenti dati sensibili e/o dati personali):
@ urp@policlinico.mi.it (per informazioni generali sui servizi erogati dalla Fondazione)