

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Viale Forlanini, 95

20024 Garbagnate Milanese

Tel.: 02.99430.1814 - Fax: 02.99430.2078

E-mail: [urp@asst-rhodense.it](mailto:urp@asst-rhodense.it)

**MODULO PER L'INVIO DI UNA SEGNALAZIONE DI VARIA NATURA ALL'ASST RHODENSE**

*– Ogni segnalazione è gradita all'ASST RHODENSE, in quanto aiuta a migliorare la qualità dei servizi offerti.*

*Grazie della collaborazione –*

**TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE**

( ) richiesta di assistenza                      ( ) reclamo                      ( ) suggerimento                      ( ) encomio

**DATI DEL SEGNALANTE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e  
residente in \_\_\_\_\_, via/corso/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_,  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

( ) in qualità di persona direttamente interessata ai fatti oggetto della segnalazione;

( ) in qualità di persona delegata dall'interessato/a sig./sig.ra \_\_\_\_\_ ai fatti oggetto di  
segnalazione, come da apposita delega prodotta unitamente a un valido documento d'identità del delegante e del delegato;

( ) in qualità di rappresentante legale/genitoriale dell'interessato/a sig./sig.ra \_\_\_\_\_ ai fatti oggetto di  
segnalazione, come da apposita auto certificazione prodotta unitamente a un valido documento d'identità del dichiarante.

**SEGNALAZIONE (SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

Data evento: \_\_\_\_\_

Presidio/luogo: \_\_\_\_\_

Reparto/ambulatorio/servizio interessato: \_\_\_\_\_

Descrizione evento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(se lo spazio è insufficiente o vi è documentazione da produrre, allegare al presente modulo e firmare).*

**SEGNALAZIONE RIVOLTA A MMG/PLS**

*(Da compilare solo in caso di segnalazione rivolta a MMG/PLS)*

L'URP, struttura aziendale competente per l'istruttoria, trasmetterà al soggetto coinvolto, previo suo consenso, la segnalazione completa de suoi dati personali, al fine di acquisire riscontro a quanto segnalato.

**Il mancato consenso comporta l'invio della segnalazione al soggetto coinvolto in forma anonima.**

ACCONSENTO                       NON ACCONSENTO

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Rhodense

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Viale Forlanini, 95

20024 Garbagnate Milanese

Tel.: 02.99430.1814 - Fax: 02.99430.2078

E-mail: [urp@asst-rhodense.it](mailto:urp@asst-rhodense.it)

Dichiaro di aver letto la specifica informativa ex art. 13 del GDPR di ASST RHODENSE (agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet e/o in appositi spazi/locali di quest'ultima).

Ricevuto il \_\_\_\_\_ dal servizio/ufficio/unità \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma leggibile: \_\_\_\_\_

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Viale Forlanini, 95

20024 Garbagnate Milanese

Tel.: 02.99430.1814 - Fax: 02.99430.2078

E-mail: [urp@asst-rhodense.it](mailto:urp@asst-rhodense.it)

**MODULO DI DELEGA PER L'INVIO DI UNA SEGNALAZIONE DI VARIA NATURA ALL'ASST RHODENSE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, documento d'identità n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**DELEGO**

Il sig./sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, documento d'identità n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ad effettuare, a mio nome e per mio conto, la segnalazione in questione, ivi incluse le eventuali e connesse attività.

Dichiaro di aver letto la specifica informativa ex art. 13 del GDPR di ASST RHODENSE (agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet e/o in appositi spazi/locali di quest'ultima).

**Allegare copia del documento d'identità del soggetto delegante e del soggetto delegato.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Legenda**

*Questa delega può essere sostituita da un'autocertificazione solo qualora:*

- ✓ *L'interessato è un soggetto minore d'età, e chi scrive la segnalazione è il soggetto esercente la relativa responsabilità genitoriale/legale;*
- ✓ *L'interessato è deceduto, e chi scrive è l'erede legittimo/testamentario;*
- ✓ *L'interessato è stato dichiarato interdetto/inabilitato, e chi scrive è il relativo e conseguente rappresentante legale (es. tutore/curatore/amministratore di sostegno);*
- ✓ *L'interessato si trova in una situazione di impedimento temporaneo a firmare la segnalazione per motivi connessi al proprio stato di salute: in tal caso, la dichiarazione sostitutiva di certificazione o atto di notorietà è resa dal coniuge/figlio/parente, ove necessario, ad un pubblico ufficiale.*

*In questi casi, è, appunto, necessario compilare l'apposito modulo di autocertificazione, da produrre unitamente ad un valido documento d'identità del soggetto dichiarante.*

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Viale Forlanini, 95

20024 Garbagnate Milanese

Tel.: 02.99430.1814 - Fax: 02.99430.2078

E-mail: [urp@asst-rhodense.it](mailto:urp@asst-rhodense.it)

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE EX DPR N. 445/2000 PER L'INVIO DI UNA SEGNALAZIONE DI VARIA NATURA ALL'ASST  
RHODENSE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, documento

d'identità n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, consapevole

delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (cfr. DPR n. 445/2000);

**DICHIARO**

Di essere \_\_\_\_\_

*(specificare: genitore; parente; figlio; rappresentante legale (es. tutore; curatore; amministratore di sostegno))*

del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto la specifica informativa ex art. 13 del GDPR di ASST RHODENSE (agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet e/o in appositi spazi/locali di quest'ultima).

**Allegare copia del documento d'identità del soggetto dichiarante.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_