# 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

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:

**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.*

**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: