

**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

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

lo 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 MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA (MAP)/PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS)

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

L'URP, struttura aziendale competente per l'istruttoria, trasmetterà al soggetto coinvolto, previo suo consenso, la segnalazione completa dei 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

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

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

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/pa rente, 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

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: _____

Da compilare in caso di segnalazione presentata da un solo genitore:

Il/La sottoscritto/a dichiara che la presente segnalazione all'ASST viene effettuata in piena condivisione con l'altro genitore, il quale - informato del percorso attivato - ha espresso il proprio consenso sia alla procedura di segnalazione sia al correlato trattamento dei dati personali e sensibili del minore, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), come da modulistica allegata.

Data _____

Firma 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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI MINORI

ai sensi del Regolamento UE 2016/679

I sottoscritti:

• Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residente a _____ in _____

• Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residente a _____ in _____

esercitando la rappresentanza legale in qualità di _____

del/della minore _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

☐ **AUTORIZZANO**

☐ **NON AUTORIZZANO**

L'ASST Rhodense al trattamento dei dati del minore ai fini dell'istruttoria correlata alla gestione della segnalazione inoltrata all'Azienda.

Data _____

Firma dichiaranti

Da compilare in caso di presenza di un solo genitore:

Il genitore sottoscrittore dichiara che l'altro genitore è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

Data _____

Firma dichiarante
