

**Gentile Signore/Signora,**

ogni segnalazione sarà gradita perché ci fornirà indicazioni utili per migliorare i servizi di questa Azienda.

Grazie per la collaborazione.

**DATI DEL DIRETTO INTERESSATO ALLA SEGNALAZIONE:**

COGNOME ..... NOME.....

NATO IL ..... ABITANTE A ..... PROV. .... CAP.....

IN VIA.....

CELLULARE .....TELEFONO ..... MAIL .....

## Documenti da presentare:

- 1) Questo modulo di delega firmato dal delegante
- 2) **Documento di riconoscimento proprio**
- 3) Documento di riconoscimento del delegante se diverso dall'interessato (anche fotocopia purché leggibile)

**• Da compilare se la persona che presenta la segnalazione è diversa dal diretto interessato •**

GRADO DI PARENTELA.....

COGNOME.....NOME.....

NATO IL ..... ABITANTE A .....CELLULARE .....

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

**DELEGA** a presentare questa segnalazione per mio conto

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Firma

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La informiamo che i dati raccolti mediante la compilazione del modulo saranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/03 e s.m.i. per la tutela dei dati personali.

Il Suo nominativo potrà essere comunicato al/ai soggetto/i coinvolti nella segnalazione e/o richiesta.

**CONSENSO DELL'INTERESSATO** (ex art. 13 D.Lgs. 196/03 e successive modifiche e integrazioni)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ attesta il proprio libero consenso al trattamento necessario dei propri dati personali fini della tutela dei propri diritti in seguito alla presente segnalazione.

**BARRARE LA MODALITA' DI PRESENTAZIONE**

di persona - Ufficio Relazioni con il Pubblico

Ospedale di Bassano del Grappa lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì ore 8.45-12.45; martedì ore 13.30 - 17.30

Ospedale di Santorso lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì ore 8.45-12.45; martedì ore 13.30 - 17.30

Il modulo può anche essere depositato nella cassetta situata all'ingresso dell'Ospedale.

È inoltre possibile consegnarlo al personale amministrativo dei Distretti Socio Sanitari e nelle strutture dell'Azienda ULSS 7.

mail: [urpbassano@aulss7.veneto.it](mailto:urpbassano@aulss7.veneto.it) [urpthiene@aulss7.veneto.it](mailto:urpthiene@aulss7.veneto.it) [protocollo.aulss7@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss7@pecveneto.it)

per posta: Ufficio Protocollo Azienda Ulss 7 Distretto 1 - Via Dei Lotti, 40 – 36061 Bassano del Grappa VI

Ufficio Protocollo Azienda Ulss 7 Distretto 2 - Via Boldrini, 1 – 36016 Thiene VI

fax: Distretto 1 – 0424 885333

Distretto 2 - 0445 572337

