REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Via Oderisio,1 - 82100 Benevento
Telefono: 0824 308738
Mail: urp@aslbenevento1.it
Pec: urp@pec.aslbenevento.it
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

MODULO PER **RECLAMI, SUGGERIMENTI, ELOGI**

Selezionare il tipo di segnalazione: ☐ Reclamo ☐ Suggerimento o Proposta ☐ Elogio

Data ed ora in cui è avvenuto l'episodio _____

Luogo in cui è avvenuto l'episodio _____

Sede coinvolta _____

Indicare se: ☐ Sono stato protagonista dell'evento ☐ Segnalo per conto di altri

Fornire i dati di chi effettua la segnalazione:

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ E-mail _____

In caso di segnalazione per conto di un'altra persona indicare anche i dati di quest'ultima:

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Descrivere l'accaduto:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Cosa propone ai fini del miglioramento circa il problema segnalato:

_____

_____

_____

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell' art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 (GDPR)

Si informa che i dati personali che la riguardano e da lei forniti saranno trattati e raccolti dall'Azienda per scopi di natura amministrativa per lo svolgimento delle attività dell'URP e per la gestione e segnalazione in attuazione della normativa vigente.
Inoltre si informa che :
- Il conferimento dei dati richiesti è spontaneo e facoltativo. Il mancato conferimento dei dati nel caso di reclamo comporta la mancata risposta scritta; la comunicazione dei dati può avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento, o, qualora risulti necessaria, per lo svolgimento di attività istituzionali. I dati, unicamente quelli strettamente necessari per le finalità di cui sopra, saranno comunicati esclusivamente ai Responsabili o agli incaricati aziendali per le parti del procedimento di loro competenza.

DATA _____ FIRMA

_____