

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Dott.ssa Marta Da Dalt

urp@ospedalemotta.it

Tel 0422 287349 - Fax 0422 287321

**ELOGIO**

**SUGGERIMENTO**

**RECLAMO**

Quando la segnalazione non è presentata dall'interessato si prega di compilare anche il retro del presente modello.

Cognome e nome dell'interessato<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Unità Operativa / Servizio a cui si riferisce la segnalazione \_\_\_\_\_

Oggetto della segnalazione: il fatto è accaduto in data... \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informativa trattamento dati personali

I dati raccolti con la compilazione del presente modulo saranno trattati da questo Ospedale per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito della segnalazione da Lei inoltrata, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni per la tutela dei dati personali. In caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali, le segnalazioni non potranno essere accertate ne evase. In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno conservati secondo le misure minime di sicurezza previste dal D.Lgs. 196/03 e i diritti dell'interessato potranno essere esercitati inviando esplicita richiesta al titolare del Trattamento: Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione Spa - Via Padre Leonardo Bello, 3/c - 31045 Motta di Livenza - Treviso

Autorizzo al trattamento dei dati personali  SI  NO Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Dott.ssa Marta Da Dalt

urp@ospedalemotta.it

Tel 0422 287349 - Fax 0422 287321

**ELOGIO**

**SUGGERIMENTO**

**RECLAMO**

Quando la segnalazione non è presentata dall'interessato si prega di compilare anche il retro del presente modello.

Cognome e nome dell'interessato<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Unità Operativa / Servizio a cui si riferisce la segnalazione \_\_\_\_\_

Oggetto della segnalazione: il fatto è accaduto in data... \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informativa trattamento dati personali

I dati raccolti con la compilazione del presente modulo saranno trattati da questo Ospedale per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito della segnalazione da Lei inoltrata, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni per la tutela dei dati personali. In caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali, le segnalazioni non potranno essere accertate ne evase. In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno conservati secondo le misure minime di sicurezza previste dal D.Lgs. 196/03 e i diritti dell'interessato potranno essere esercitati inviando esplicita richiesta al titolare del Trattamento: Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione Spa - Via Padre Leonardo Bello, 3/c - 31045 Motta di Livenza - Treviso

Autorizzo al trattamento dei dati personali  SI  NO Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DELEGA**

L'interessato sopra esplicitato delega il sig./la sig.ra

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**A PRESENTARE SEGNALAZIONE SCRITTA ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO DELL'O.R.A.S.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

LA DELEGA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DA DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL DELEGATO, AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art.13 del D.L.gs n. 196 del 30 giugno 2003, i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DELEGA**

L'interessato sopra esplicitato delega il sig./la sig.ra

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**A PRESENTARE SEGNALAZIONE SCRITTA ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO DELL'O.R.A.S.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

LA DELEGA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DA DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL DELEGATO, AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art.13 del D.L.gs n. 196 del 30 giugno 2003, i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**AUTOCERTIFICAZIONE (da utilizzare per minori, incapaci, interdetti)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità,**IN QUALITÀ DI** Genitore o esercente patria potestà sul minore  Tutore/Amministratore di sostegno  Procuratore**PRESENTA SEGNALAZIONE SCRITTA PER CONTO DELL'INTERESSATO ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO  
DELL'OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DI MOTTA DI LIVENZA**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.13 del D.L.gs n. 196 del 30 giugno 2003, i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**AUTOCERTIFICAZIONE (da utilizzare per minori, incapaci, interdetti)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000  
in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità,**IN QUALITÀ DI** Genitore o esercente patria potestà sul minore  Tutore/Amministratore di sostegno  Procuratore**PRESENTA SEGNALAZIONE SCRITTA PER CONTO DELL'INTERESSATO ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO  
DELL'OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DI MOTTA DI LIVENZA**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.13 del D.L.gs n. 196 del 30 giugno 2003, i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.