



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

MODULO PER RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI

(non per atto medico)

PROT. N° _____

DATA _____

• **SOGGETTO CHE EFFETTUA LA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI:**

Cognome Nome

Nata/o il a Prov. (.....)

Residente in via

c.a.p Comune Prov (.....)

e-mail.....@.....

Telefono

(l'Ufficio si riserva di contattarLa, telefonicamente o via mail, per chiarimenti ed integrazioni rispetto a quanto scritto)

• **SOGGETTO PER CONTO DEL QUALE VIENE EFFETTUA LA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI:**

PER SE STESSO PER CONTO DI:

Cognome Nome

Nata/o il a Prov. (.....)

Residente in via

c.a.p Comune Prov (.....)

e-mail.....@.....

Telefono

Relazione di parentela o altro.....

Possesso di **DELEGA:**

SÌ NO



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

.....
.....
.....
.....
.....
.....

• DOCUMENTI ALLEGATI:

1. Delega alla presentazione (eventuale), a favore di
.....
2. altri documenti (eventuali, specificare quali):
.....
.....
.....

	<p>Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR</p> <p>Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato</p>
---	---

DATA:

FIRMA
(anche per presa visione dell'informativa estesa)
.....

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato da _____ Data _____



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

Palazzina E Ingresso 4

Tel. 085.425.3201/2/6

e-mail: segnalallurp@asl.pe.it

DELEGA ALL'INOLTRO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente in.....via.....

C.A.P..... telefono.....

indirizzo di posta elettronica ordinaria/PEC.....

documento di identità.....n°..... (che si allega in fotocopia)

rilasciato da.....il.....

DELEGA

- a presentare questa richiesta
- a presentare questa richiesta e ricevere risposta

Il/la Sig./Sig.ra.....

nato/a a..... Prov.il.....

residente invia.....C.A.P.....

telefono Cellulare

indirizzo di posta elettronica ordinaria/PEC.....

documento di identità (tipo).....n°.....

rilasciato da.....il.....

	<p>Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR</p> <p>Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollo generale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato</p>
---	---

Data.....

FIRMA
(anche per presa visione dell'informativa estesa)

.....

Si allegano copie dei documenti di identità del delegante e del delegato.