|  |  |
| --- | --- |
| **U.O.C. 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*](mailto:segnalallurp@asl.pe.it) | Rev.: 04 |
| **Modulo per:**  **󠄢 Reclamo 󠄢󠄢 Rilievo 󠄢󠄢 Suggerimento 󠄢󠄢 Proposta** | MRRSP\_01\_24  Pag. 1/4 |



PROT. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Per ricevere risposta in merito alla segnalazione è necessario fornire le proprie generalità**

* **CHI SEGNALA:**

Cognome …………………………………………………. Nome ……………………………………………….

via ……………………………………………………………………………………………………………….....

c.a.p …………………. Comune ……………………………………………….Prov……………………………

e-mail……………………………………….…………**@**………………………………………………................

Telefono ………………………………………………………………...……………………………………….....

Data e luogo di nascita……………………………………………………………………………………………...

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

* **PER CHI SEGNALA:**

PER SE STESSO

PER CONTO DI:

Cognome …………………………………………..……. Nome …………………………………………................

Data e luogo di nascita ………………………………………………………………………………………………………

via ……………………………………………………………………………………………………………….....

c.a.p …………………. Comune ……………………………………………….Prov……………………………

Relazione di parentela o altro……….………………………………………………………………………………………

Possesso di **DELEGA**:

SÌ NO



|  |
| --- |
| **U.O.C. 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*](mailto:segnalallurp@asl.pe.it) |

* **STRUTTURA COINVOLTA:** …………………………………………………………………………………………....

# **SEDE:** ……………………………………………………………………………………………………………………....

*(indicare Comune e sede in cui è avvenuto l’evento)*

* **CHE COSA DESIDERA SEGNALARE:**

*(specificare data, luogo ed ogni altra informazione ritenuta utile alla ricostruzione del fatto)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………..……………........

……………………………………………………………………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………………………….……

|  |
| --- |
| **U.O.C. 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*](mailto:segnalallurp@asl.pe.it) |



* **COSA PROPONE AI FINI DEL MIGLIORAMENTO CIRCA IL PROBLEMA SEGNALATO:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………….

* **DOCUMENTI ALLEGATI:**

1. Delega alla presentazione (eventuale)
2. Altri documenti (eventuali, specificare quali):

…………………………………………………………

…………………………………………………………

…………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte  Descrizione generata automaticamenteInformativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR**  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 |

**DATA:** ……………………………… **FIRMA**

**(anche per presa visione dell’informativa estesa)**

…………………………………………

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **U.O.C. 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*](mailto:segnalallurp@asl.pe.it) |

**DELEGA ALL’INOLTRO DEL RECLAMO**

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 questo reclamo**
* **a presentare questo reclamo e a ricevere risposta**

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

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

residente in …………….……………………..via…………………………………………C.A.P……………….

telefono …………………………………… . Cellulare ..…………………………………………………….......

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

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

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

|  |
| --- |
| **Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte  Descrizione generata automaticamenteInformativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR**  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 |

Luogo e data***………………….……………………***

**FIRMA**

**(anche per presa visione dell’informativa estesa)**

…….……………………………………

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