

 Porto Viro Casa di Cura Madonna della Salute	<b>Modulo di Segnalazione</b>  <b>URP</b>	Mod. 1 PGS 09/DS
		Rev. 5
		Data 06/02/2026
		Pagina 1/1

**All' Ufficio Relazioni col Pubblico**

☐ **Reclamo**
                         
 ☐ **Elogio**
                         
 ☐ **Suggerimento**

Chi segnala			
Cognome		Nome	
Residente a			
Via		Prov.	Cap
Telefono e/o Cellulare		Email	

A nome di <i>(se chi presenta la segnalazione non è il diretto interessato allegare delega formale con copia documento di riconoscimento del delegante e del delegato)</i>	
Cognome	Nome
Rapporto di parentela con il segnalante	

<b>Unità Operativa/Servizio Interessato</b>	
---	--

<b>Data dell'evento segnalato</b>	
-----------------------------------	--

**Oggetto della segnalazione:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informativa trattamento dati personali/sensibili.** In conformità al Regolamento U.E. 679/2016 informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dalla Casa di Cura Madonna della Salute per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito delle segnalazioni da Lei inoltrate. Si precisa che in caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali/sensibili le segnalazioni non potranno essere accertate né evase. In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno gestiti e custoditi sia in formato cartaceo che elettronico adottando le misure minime di sicurezza previste dalla normativa vigente, avvisandoLa che i diritti dell'interessato potranno essere esercitati inviando specifica richiesta scritta alla Casa di Cura Madonna della Salute.

Luogo e data .....

Firma del segnalante .....

Firma del segnalante .....

## Firma Operatore