

MODULO DI SEGNALAZIONE**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE:****COGNOME:****NOME:****SESSO:** Maschio Femmina**DATA DI NASCITA:****CITTADINANZA*:****INDIRIZZO*:****TELEFONO FISSO*:****CELLULARE*:****E-MAIL:****Cognome e Nome SEGNALANTE:** FAMILIARE TDM CCTDM TUTORE AVVOCATO**LUOGO EVENTO:****OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE:**

PROTEZIONE DATI PERSONALI

In riferimento al D.lgs. 196 del 30-6-2003 (codice in materia di protezione di dati personali) il sottoscritto autorizza l'U.R.P. al trattamento dei dati relativamente alle operazioni necessarie alla gestione del reclamo. Si ricorda che i dati verranno trattati come da informativa, nel rispetto della normativa, garantendoLe i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs.196/2003. Si fa presente che comunque chi effettua il reclamo non può venire a conoscenza (nel rispetto della privacy dei malati) di informazioni di carattere clinico, o relative allo stato di salute di terzi, se non espressamente autorizzati per iscritto.

Al presente modulo va tassativamente unita copia di un documento di identità in corso di validità del paziente. Nel caso in cui il segnalante sia un terzo, va unita anche copia del documento d'identità dello stesso, oltre alla delega da parte del paziente.

DATA

FIRMA DEL SEGNALANTE

Il presente modulo può essere:

- Consegnato direttamente agli operatori dell'URP di ASL5 in Via XXIV Maggio 139 19100 La Spezia;
- Inviato all'U.R.P. tramite posta presso URP Via XXIV Maggio 139 19100 La Spezia;
- Inviato via fax al numero 0187 5351190;
- Inviato via e-mail all'indirizzo: urp@asl5.liguria.it.