



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Allegato A
Mod. 1/Pub.Tut/ASP

**All'Ufficio Relazioni con il Pubblico di
Potenza**

OGGETTO: Segnalazioni di disservizio – reclami .

Il/La sottoscritto/a _____ nat _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

telefono _____ / _____, in qualità di:

Utente
Parente di utente: <i>specificare in questo caso il nome e cognome dell'utente che ha fruito del servizio, indirizzo, città, numero di telefono</i>
Cittadino/Associazione/altro: <i>specificare in questo caso il nome e cognome dell'utente che ha fruito del servizio, indirizzo, città, numero di telefono</i>

Segnala quanto segue:

(indicare con precisione il giorno, il luogo ed il tipo di disservizio oggetto della presente segnalazione allegando anche eventuale documentazione)

Aggiungere altri fogli in caso di necessità, numerando i fogli.

N.B. Allegare sempre un valido documento di riconoscimento della persona che firma il reclamo

Firma _____

Informativa ai sensi del D.L.gs 196 del 30.6.2003

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'art.13 del D.L.gs. 196 del 30.06.2003, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza tratterà i dati personali forniti con la presente segnalazione, nell'ambito delle finalità di cui al Regolamento di Pubblica Tutela.

Data: _____

Firma _____