



**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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, mail/PEC: \_\_\_\_\_ 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>
<b>Cittadino/Associazione/altro:</b>  <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 \_\_\_\_\_