SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**Allegato B**
Mod. 2/Pub.Tut/ASP

**All'Ufficio Relazioni con il Pubblico**
**Ambito Territoriale**
**di_____**

**OGGETTO: Suggerimenti e proposte.**

Il/La sottoscritt_____nat__ il_____

residente a _____in Via _____n. _____

telefono _____ / _____,

in qualità di *utente* ◯ *parente di utente* ◯ *cittadino* ◯ *altro* ◯

Fornisce il seguente suggerimento/proposta per l'adeguamento/miglioramento del servizio in appresso evidenziato **( indicare con precisione le motivazioni, le finalità , il suggerimento e il tipo di servizio interessato, allegando anche eventuale documentazione)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*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*_____