



Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

MODULO PER PRESENTARE RECLAMO

M CRE 004

Data di emissione

17/11/2008

revisione n. 1

Approvato ed emesso in
originale

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

SEDE U.R.P. _____ REGISTRAZIONE: data _____ n. _____

CONTENUTO DEL RECLAMO

(continua sul retro)

DATI ANAGRAFICI – obbligatori (da compilare in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

VIA _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. _____

RECAPITO TELEFONICO _____ CELLULARE (eventuale) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

La informiamo che i dati contenuti nel Suo reclamo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per la verifica di quanto da Lei dichiarato; non verranno diffusi; non verranno comunicati ad altri soggetti se non a quanti interessati alla presente verifica.

Acconsento al trattamento dei dati.

Firma _____

**MODULO PER PRESENTARE
RECLAMO**

M CRE 004

Data di emissione

17/11/2008

revisione n. 1

Approvato ed emesso in
originale

(continua)

CONTENUTO DEL RECLAMO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n. 196)

Titolare del trattamento è la ASL TO 3.

Responsabile del trattamento dei dati personali raccolti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico è il Dott. Mauro Deidier.