

Area, servizio o nucleo oggetto della segnalazione: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

Residente in (via, viale, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

In qualità di

Utente     Familiare del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_     Committente

Personale     Altro (specificare): \_\_\_\_\_

DESIDERA EVIDENZIARE alla Direzione che

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ai sensi D.Lgs. 196/2003 e seguenti autorizzo la Casa di Riposo Umberto I al trattamento dei dati di cui sopra.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo va inserito nella cassetta appositamente collocata all'ingresso, o consegnato alla Segreteria/Protocollo dalle 9.00 alle 13.00, o consegnato al personale degli uffici.

La Direzione si impegna, attivando eventualmente i competenti uffici, a fornire riscontro in merito alle segnalazioni entro 15 giorni dalla data di protocollo del modulo.

Parte riservata ad uso interno

N°:		Data:	
-----	--	-------	--

<b>INTERVENTO A SOLUZIONE DI QUANTO SEGNALATO</b>

<b>RISPOSTA AL SEGNALANTE</b>

**DA TRASMETTERE VIA:**  POSTA  FAX  E-MAIL  A MANO  ALTRO

<b>Firma Responsabile interessato:</b>	<b>Firma Direttore:</b>	<b>Firma RISQ:</b>
--	-------------------------	--------------------