

AQ /Direzione sanitaria

srp@jbmedica.it / direzione@jbmedica.it

☐ Reclamo ☐ Suggerimento / Proposta

Io sottoscritto/a _____ Cf _____

tel. _____ cell _____ e-mail _____

Segnalo quanto segue per conto di ☐ me stesso ☐ altra persona

Io sottoscritto/a _____ Cf _____

eventuale grado di parentela _____ (si allega relativa delega)

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

DATA ed ORARIO: _____ Indirizzo della Sede Operativa _____

DESCRIZIONE DELL'EPISODIO:

Comunico di voler ricevere la risposta al seguente recapito:

Via _____ Comune _____ Cap _____ Prov. _____

oppure al seguente indirizzo e-mail: _____ (in stampatello)

Eventuali documenti allegati: _____

Data:

Firma

Io sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") e del D.lgs. 30.06.2003 n.196 (in seguito, "Codice Privacy") e ss.mm.ii fornisco il mio consenso a che codesta azienda sanitaria, ai fini della corretta gestione del presente reclamo scritto, tratti i miei dati personali, generici e sensibili.

Data:

Firma

DELEGA INOLTRO RECLAMO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ in _____ prov. _____

DELEGO

Io sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ in _____ prov. _____

all'inoltro del reclamo che comprende la trattazione dei miei dati personali anche di natura sensibile.

Produco, a comprova di ciò, copia di un mio valido documento di riconoscimento.

esonero Jb Rad srl da qualsiasi responsabilità in merito al Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") e del D.lgs. 30.06.2003 n.196 (in seguito, "Codice Privacy") e ss.mm.ii.

Data:

Firma

PARTE RISERVATA ALL'ADDETTO PER LA QUALITA'

Scheda ricevuta il ____/____/____ da _____

☐ con lettera allegata

☐ via e-mail

Data:

Addetto QUALITA' / Direzione Sanitaria
