



POLIAMBULATORIO SALUTE INTEGRATA	MODULO DI RECLAMO SEGNALAZIONE DISSERVIZIO	
	V 1.0 del 20/07/2023	pag. 1 di 2

## MODULO DI RECLAMO SEGNALAZIONE DI DISSERVIZIO

### Poliambulatorio Salute Integrata

via don Sturzo, 19  
24169 Cenate Sotto (BG)

#### Persona interessata

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residenza/domicilio - Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Comune e Località Provincia CAP \_\_\_\_\_  
Telefono fisso e/o mobile \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

#### Segnala

per se stesso                       per il/la Sig./Sig.ra (compilare spazio sottostante)  
*Grado di relazione con il soggetto interessato*  
 Coniuge       Figlio/a       Genitore       Parente       Altro \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residenza/domicilio - Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Comune e Località Provincia CAP \_\_\_\_\_  
Telefono fisso e/o mobile \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

#### Racconto dell'episodio

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ in cui è avvenuto l'episodio.

#### Descrizione dei fatti

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



POLIAMBULATORIO SALUTE INTEGRATA	MODULO DI RECLAMO SEGNALAZIONE DISSERVIZIO	
	V 1.0 del 20/07/2023	pag. 2 di 2

**Cosa chiede al Poliambulatorio**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Consenso al trattamento dei dati (art. 13 GDPR 679/16)**

*Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/16, dichiara di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili relativi al procedimento attivato.*

*Il mancato consenso al trattamento dei dati non consentirà al Poliambulatorio Salute Integrata di condurre l'indagine sui fatti segnalati e dare una conseguente una risposta al richiedente.*

*I contenuti del reclamo e della segnalazione saranno inoltre utilizzati per migliorare costantemente la qualità delle prestazioni e dei servizi.*

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_