

SCHEDA SEGNALAZIONE

Quando la segnalazione non è presentata dall'interessato si prega di compilare anche il retro del presente modello.

Cognome e nome dell'interessato¹ _____

Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____

Unità Operativa / Servizio a cui si riferisce la segnalazione _____

Oggetto della segnalazione _____

Informativa trattamento dati personali

I dati raccolti con la compilazione del presente modulo saranno trattati da questo Ospedale per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito della segnalazione da Lei inoltrata, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni per la tutela dei dati personali.

In caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali, le segnalazioni non potranno essere accertate né evase.

In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno conservati secondo le misure minime di sicurezza previste dal D.Lgs. 196/03 e i diritti dell'interessato potranno essere esercitati inviando esplicita richiesta al titolare del Trattamento:

Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione Spa - Via Padre Leonardo Bello, 3/c - 31045 Motta di Livenza - Treviso

Autorizzo al trattamento dei dati personali 🔍 SÌ NO Data _____

Firma _____

¹ Persona fisica cui si riferiscono i dati personali e/o sensibili (art. 4 D.Lgs. 196/2003) manifestati nell'oggetto della segnalazione

DELEGA

L'interessato sopra esplicitato delega il sig./la sig.ra

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

A PRESENTARE SEGNALAZIONE SCRITTA ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO DELL'O.R.A.S.

Data _____

Firma del delegante _____

LA DELEGA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DA DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL DELEGATO, AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art.13 del D.L.gs n. 196 del 30 giugno 2003, i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

AUTOCERTIFICAZIONE (da utilizzare per minori, incapaci, interdetti)

Il sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

consapevole delle responsabilità civili e penali, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità,

IN QUALITÀ DI

Genitore o esercente patria potestà sul minore

Tutore/Amministratore di sostegno

Procuratore

PRESENTA SEGNALAZIONE SCRITTA PER CONTO DELL'INTERESSATO ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO DELL'OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DI MOTTA DI LIVENZA

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art.13 del D.L.gs n. 196 del 30 giugno 2003, i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.