Allegato 3

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Ufficio Relazioni con il Pubblico

MODULO SEGNALAZIONE, RECLAMO, QUESITO, SUGGERIMENTO, ELOGIO

Dati del Segnalante

COGNOME..... NOME .....

Via/Piazza ..... n. ..... Comune .....

tel. ..... e-mail ..... Fax/PEC .....

Descrizione dei fatti oggetto della segnalazione

Quando (data / orario) ..... Dove .....

Chi era presente (se persone individuabili).....
.....

Cosa è accaduto (descrizione del fatto) o cosa si intende segnalare **SCRIVERE IN STAMPATELLO**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conclusioni (Segnalazioni, Richieste, Reclami, Quesiti, Elogi e/o Suggerimenti)

.....
.....
.....
.....
.....

Autorizzo ATS al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente in materia e la regolamentazione dell'ATS stessa, per le finalità relative alla gestione della presente segnalazione.

data ..... luogo .....

firma .....

Desidero ricevere la risposta alla mia segnalazione:

☐ per posta ☐ per telefono ☐ e-mail ☐ PEC

Il modulo, compilato, può essere inoltrato per posta o con e-mail, o consegnato a mano presso un Ufficio relazioni con il pubblico di ATS. Indirizzi e recapiti degli URP di ATS sono reperibili sul sito www.atssardegna.it

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Via Enrico Costa n. 57
tel. 079/2084468/77
e-mail: urp.sassari@atssardegna.it