ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

All' U.R.P.
P.O. "San Francesco" Nuoro

RECLAMO

Il sottoscritto/a_____
Nato/a a_____il_____
Residente_____
Telefono_____Indirizzo e-mail_____
Documento (allegare copia)_____

☐ In qualità di diretto interessato dei fatti descritti

☐ In qualità di terzo
Indicare il rapporto con il diretto interessato (figlio, genitore, coniuge, ecc.)_____
per conto del/della Sig/Sig.ra_____
Nato/a a_____il_____
Residente_____

☐ **Allega modulo di delega firmato dal diretto interessato (delegante).**

Segnala quanto segue:

Luogo ove si è verificato il fatto:_____

in data _____

Descrizione dei fatti: (se lo spazio a disposizione nel presente modulo non è sufficiente allegare apposita nota con la descrizione dei fatti).

☐ Si allega nota con la descrizione dei fatti.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Servizio Comunicazione, Relazioni Esterne-URP
P.O. "San Francesco"
08100 Nuoro
Tel. 0784 240738-240146-240622

Cosa chiede all'Azienda:

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 come modificato dal D.Lgs 10 agosto 2018, n. 101 (Codice Privacy) e dall'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza, unicamente per la gestione del reclamo presentato all'URP.

Firma_____

Data_____

Servizio Comunicazione, Relazioni Esterne-URP
P.O. "San Francesco"
08100 Nuoro
Tel. 0784 240738-240146-240622