



SCHEDA DI SEGNALAZIONE

Data segnalazione ____/____/20__

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____

Titolo di studio _____ Professione _____

A nome di *(se chi presenta la segnalazione non è il diretto interessato)*

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Documento d'identità _____

(allegare fotocopia)

Oggetto della segnalazione

Suggerimenti

Firma _____

Informativa Trattamento dati personali: Informiamo che i dati raccolti con la compilazione della presente scheda sono trattati dalla "Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata – Ospedale Valduce" per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito della segnalazione da Lei inoltrata.

Si precisa che, in caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali, la presente segnalazione non potrà essere accettata né evasa.

In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali questi verranno conservati secondo le misure minime di sicurezza previste dal Regolamento UE n° 2016/679 e che i diritti dell'interessato potranno essere esercitati inviando semplice richiesta scritta al titolare del trattamento ("Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata – Ospedale Valduce")

**Autorizzo all'uso dei dati personali
ai sensi del Regolamento UE
n° 2016/679**

SI NO

Firma _____