

**INFORMAZIONI IMPORTANTI**

I reclami/encomi anonimi non vengono presi in considerazione.

Per dare seguito alla pratica è necessario **inserire dati completi, corretti e leggibili.**

Se si compila il modulo per conto di altri, è necessaria la **delega** e **copia dei documenti d'identità** sia del delegato, che del delegante.

I dati riportati vengono trattati da ASST Cremona nel rispetto del **Regolamento Europeo n. 679/2016**. L'informativa completa è pubblicata sul sito www.asst-cremona.it.

Questo modulo può essere spedito a mezzo posta, e-mail o consegnato a mano all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (recapiti a fondo pagina).

VORREI FARE UN: RECLAMO ENCOMIO

MI CHIAMO (Cognome/Nome) _____

Sono nato/a il _____ a _____ (Età _____)

Risiedo in Via/Piazza _____ CAP _____

Località _____ Tel/Cell _____

Professione _____ Scolarità _____ Sesso M F

E-mail _____ @ _____

SEGNALO QUANTO ACCADUTO

Per mio conto (diretto interessato)

In qualità di: Genitore/tutore legale Familiare Amico/conoscente

del Sig./Sig.ra (Cognome/Nome) _____

nato/a il _____ a _____

NB. Allegare copia dei documenti d'identità del delegante e del delegato

LA STRUTTURA COINVOLTA E'

Ospedale Cremona Servizi Territoriali di Cremona

Ospedale Oglio Po Servizi Territoriali di Casalmaggiore

NELLO SPECIFICO, IL REPARTO/SERVIZIO DI _____

