

**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 _____

**MODULO
RECLAMO – ENCOMIO**

IL GIORNO _____ E' ACCADUTO

ERA/ERANO PRESENTE/I

LA MIA RICHIESTA E'

IL DELEGANTE (Cognome/Nome) _____ **autorizza** il Sig./Sig.ra _____, in qualità di DELEGATO, a presentare per suo conto la presente istanza.

Autorizza, inoltre, ASST Cremona al trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento EU 679/2016, al fine di dare seguito a questa segnalazione.

La mancata firma nella parte sottostante, comporta l'impossibilità di istruire la presente pratica.

Data _____ Firma del delegante _____

IL DELEGATO O DIRETTO INTERESSATO (Cognome/Nome) _____,

autorizza ASST Cremona al trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento EU 679/2016, al fine di dare seguito a questa segnalazione. Si assume inoltre la piena responsabilità della veridicità di quanto dichiarato.

La mancata firma nella parte sottostante, comporta l'impossibilità di istruire la presente pratica.

Data _____ Firma del delegato/interessato _____

RECAPITI

URP Ospedale di Cremona

Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel 0372 405550 E-mail urp@asst-cremona.it

URP Ospedale Oglio Po

Via Staffolo, 51 - 26041 Vicomosciano di Casalmaggiore (CR)
Tel 0375 281552 E-mail urp.op@asst-cremona.it