# Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Cremona

### **UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA**

# **MODULO SEGNALAZIONI**

# **INFORMAZIONI IMPORTANTI**

Le segnalazioni anonime non vengono prese in considerazione.

Per dare seguito alla pratica è necessario inserire dati completi, corretti e leggibili, datare e firmare il modulo.

Se si compila il modulo per conto di altri, è necessaria compilare la parte di **delega** e allegare **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 di Pubblica Tutela (recapiti a fondo pagina).

MI CHIAMO (Cognome/No	ome)		
Sono nato/a il	aa		(Età
Risiedo in Via/Piazza			CAP
Località	Tel/Cell		
Professione	Scolarità		Sesso 🗌 M 🔲 F
E-mail		@	
SEGNALO QUANTO ACCAI	OTUC		
Per mio conto (diretto in	nteressato)		
In qualità di:	ore/tutore legale	☐ Familiare	☐ Amico/conoscente
del Sig./Sig.ra (Cognome/	Nome)		
Nato/a il	aa		
NB. Allegare copia dei documen	ti d'identità sia del delegar	nte che del delegato	
LA STRUTTURA COINVOLTA	È		
Ospedale Cremona	Servizi Territoriali di Cremona		
Ospedale Oglio Po	Po Servizi Territoriali di Casalmaggiore		
NELLO SPECIFICO, IL REPAR	TO/SERVIZIO DI		

# IL GIORNO \_\_\_\_\_\_ È ACCADUTO \_\_\_\_\_ ERA/ERANO PRESENTE/I LA MIA RICHIESTA È 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. Firma del delegante \_ Data\_ 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 \_\_\_

**MODULO SEGNALAZIONI** 

#### **RECAPITI**

**UPT** Ospedale di Cremona

Largo Priori, 1 - 26100 Cremona Orario apertura: solo su appuntamento Tel 0372 408728 E-mail upt@asst-cremona.it

#### **UPT Ospedale Oglio Po**

Via Staffolo, 51 - 26041 Vicomoscano di Casalmaggiore (CR) Orario apertura: Mercoledì dalle 11 alle 14 Tel 0372 408728 E-mail upt@asst-cremona.it