

**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](http://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