



Casa di Cura Privata
Accreditata SSN
POLICLINICO SAN
MARCO SpA

MODULO DI SEGNALAZIONE SCRITTA

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

M-URP-08

Rev. 5

Io sottoscritto/a titolare della prestazione sanitaria

nato/a

residente a

in via

il

TRASMETTO LA SEGNALAZIONE DI SEGUITO DESCRITTA

DELEGO IL SIG./LA SIG.RA

nato/a

residente a

in via

il

A PRESENTARE SEGNALAZIONE SCRITTA PER MIO CONTO ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO DELLA CASA DI CURA POLICLINICO SAN MARCO SPA

Luogo, data

Firma del delegante

Firma del delegato

LA DELEGA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DAGLI ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DA DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL DELEGATO, AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Suggerimento

Ringraziamento

Reclamo

DESCRIZIONE SEGNALAZIONE:

Firma del Segnalante

La Casa di Cura Policlínico San Marco SpA, in qualità del titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.policlinicosanmarco.it in quanto applicabile.

URP: tel. 041-5071618

SITO: www.policlinicosanmarco.it

PEC: ufficio.contabile@pec.policlinicosanmarco.it

MAIL: urp@policlinicosanmarco.it