UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Modulo per segnalazioni - suggerimenti - reclami - elogi

Prot. _____ / _____ Data _____

All'Ufficio Relazione con il Pubblico

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

telefono _____ \ @ _____

Per conto di: (nome e cognome, grado di parentela) _____

oggetto della segnalazione _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

da compilare obbligatoriamente

Io sottoscritto _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n _____

Autorizzo l'accesso di codesta Azienda alla documentazione sanitaria (cartella clinica, relazioni dei medici, accertamenti specialistici ecc), ai sensi di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal d.lgs. 196/2003 (Codice della privacy) così come modificato dal d.lgs. 101/2018 di adeguamento della normativa nazionale.

Autorizzo, inoltre, il sig. / la sig.ra _____ (indicare il legame di parentela) ad acquisire, per mio conto, le informazioni sopra richieste.

(Firma leggibile)

_____

U.R.P. - Policlinico Universitario Campus Bio-Medico - Via Álvaro del Portillo, 200 - 00128 Roma
Tel. 06/22.541.1082 - Fax. 06/22.541.1963 - email: urp@unicampus.it - www.policlinicocampusbiomedico.it

URP01 rev. dal 28/01/2019