

### MODULO SEGNALAZIONI

(Scrivere in modo leggibile)

|   |   |
|---|---|
| <b>DATI IDENTIFICATIVI</b><br>(di chi effettua la segnalazione) | Cognome _____ Nome _____<br>Abitante a _____ via _____ n. _____<br>Tel. _____ e-mail _____<br>Nome del paziente _____ |
|---|---|

|   |       |
|---|-------|
| <b>SERVIZIO - REPARTO</b><br>(a cui si riferisce la segnalazione) | _____ |
|---|-------|

| DESCRIZIONE DEL FATTO |
|-----------------------|
|                       |

I dati personali e sensibili contenuti nella segnalazione saranno trattati secondo le indicazioni del Regolamento EU 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali. Con la sottoscrizione del presente modulo si autorizza il trattamento dei dati personali, la mancata sottoscrizione impedisce la prosecuzione dell'istruttoria formale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_