



Regione Lazio

Azienda USL RM B

Sede legale:
Via Filippo Meda, 35 00157 Roma
Tel. 0641431 - Fax 0641433220

Ufficio per le Relazioni con il Pubblico

COMUNICAZIONE DEI CITTADINI (reclamo, segnalazione, suggerimento)

Luogo del disservizio:

.....

Data e ora del disservizio:

Oggetto del disservizio:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cognome e nome di chi presenta la segnalazione:

Indirizzo: **CAP**

Telefono:

Data **Firma**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ANCHE SENSIBILI

Il sottoscritto, consapevole che il trattamento potrà riguardare sia i dati personali che sensibili (ex art. 4, c.1, lett. B) e d) del Decreto Legislativo n.196/2003 presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa di cui sopra. **Autorizza altresì l'invio della presente segnalazione ai soggetti coinvolti nella segnalazione.**

Nel caso la persona del dichiarante non coincidesse con l'interessato, (ad esempio i genitori nel caso di minori o il tutore legale) è necessario che il dichiarante presenti una delega che preveda anche l'autorizzazione al trattamento dei dati.

Data _____

Firma _____