



In considerazione di quanto esposto:

Propone/Suggerisce \_\_\_\_\_

Richiede \_\_\_\_\_

Afferma/Sostiene \_\_\_\_\_

Udine, li \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Ai sensi dell' art. 10 della legge 675/96, La informiamo che i Suoi dati personali sono trattati solo da personale autorizzato, vincolato al segreto professionale e al segreto d'ufficio nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, della dignità dei soggetti cui si riferiscono, con particolare riguardo alla riservatezza.

**Autorizzo il trattamento dei miei dati per l'espletamento degli adempimenti previsti dalle norme di legge.**

Firma: \_\_\_\_\_

**Riservato al personale dell'URP - Compilazione a cura di chi riceve la comunicazione**

<b>Tipo di segnalazione</b>	<b>Modalità di presentazione</b>
<input type="checkbox"/> Disfunzioni	<input type="checkbox"/> Telefonica
<input type="checkbox"/> Suggestimenti/proposte	<input type="checkbox"/> Verbale
<input type="checkbox"/> Reclami	<input type="checkbox"/> Scritta
<input type="checkbox"/> Segnalazioni positive	
<input type="checkbox"/> Altro	
<b>Strutture interessate</b>	<b>Operatori interessati</b>
<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Medico (Nome)
<input type="checkbox"/> Servizio	<input type="checkbox"/> Infermiere (Nome)
<input type="checkbox"/> Ufficio	<input type="checkbox"/> Tecnico (Nome)
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Ausiliario (Nome)
	<input type="checkbox"/> Amministrativo (Nome)
	<input type="checkbox"/> Altro (Nome)
<b>data:</b>	<b>Firma Compilatore:</b>