

Ufficio Relazioni con il Pubblico Via della Giustizia 10/B 20125 Milano
 E-mail urp@aquadom.it

N° _____ / _____ CR _____

Data
Cognome
Nome
Indirizzo
Città
CAP
Provincia
Tel. casa
Tel. ufficio/cell.
Data di nascita
Titolo di studio
Professione
A nome di (se chi presenta la segnalazione non è il diretto interessato):
Servizio di cure domiciliari
Servizio di cure palliative
Oggetto
Firma

Informativa sintetica trattamento dati personali/sensibili: ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento o GDPR", Aqua S.r.l., in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), con sede in Via della Giustizia 10/B 20125 Milano. Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (ossia dati idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), con riferimento alla attività che complessivamente può essere esercitata all'interno dell'azienda nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture ambulatoriali, in quanto correlata al servizio di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione che Lei intendesse richiedere. Il Titolare ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati ("Data Protection Officer" o "DPO") raggiungibile all'indirizzo privacy@aquadom.it. L'informativa completa è rinvenibile sul sito www.assoaqua.it

Autorizzo all'uso dei dati personali - sensibili ai sensi Informativa Privacy Ai sensi dell' art. 13 del Regolamento UE 2016/679

SÌ **NO**

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE CHE RICEVE LA SEGNALAZIONE

Operatore

Unità Operativa

Tel.

Segnalazione ricevuta il

Trasmessa all'U.R.P. il

Osservazioni

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Area di provenienza

Cure palliative

Cure domiciliari

Settore

**Sanitario
Amministrativo**

Varie

Servizio coinvolto

Luogo

Segnalazione ricevuta il

Codice area disagio

Macroarea

Microarea

Istruttoria – data di avvio istruttoria:

Segnalazione chiusa il

Risposta scritta

sì no

Evento sentinella

sì no

Tipo problema

**fondato
infondato
improprio**

**frequente
episodico**

Proposta di miglioramento

sì

no

Se sì, specificare

L'utente si dichiara

soddisfatto

insoddisfatto