

MODULO ENCOMI

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Tel.casa _____ Tel. Ufficio/Cell. _____

Titolo di studio _____ Professione _____

Unità operativa di degenza/Ambulatorio a cui indirizzare l'encomio _____

In particolare

Medici	Caposala/Infermieri	Operatore Amm.vo/i
--------	---------------------	--------------------

DESCRIZIONE ENCOMIO:

Firma _____

Informativa Trattamento dati personali: Informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dall' ASP RC per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito delle segnalazioni da Lei inoltrate. Si precisa che in caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali le segnalazioni non potranno essere accertate né evase. In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno conservati secondo le misure minime di sicurezza previste dall'art. 15 della suddetta legge e che i diritti dell'interessato – di cui all'art. 13 – potranno essere esercitati inviando esplicita richiesta scritta al titolare del trattamento (ASP RC).

Autorizzo all'uso dei dati personali Ai sensi del D.Lgs 196/03 SI [] NO [] Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE CHE RICEVE L'ENCOMIO

Mezzo di segnalazione colloquio telefonata lettera fax e-mail

Operatore _____ Unità operativa _____ Telefono _____

Encomio ricevuto il _____ Trasmesso all'URP il _____