



DIREZIONE GENERALE
 UOC STAFF - UOS COMUNICAZIONE
 UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
 DISTRETTO _____

- RECLAMO (*)
 SEGNALAZIONE
 SUGGERIMENTO

SCHEDA CONTATTO UTENTE

Prot. n. _____ del _____

Informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679 – GDPR)

A. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina.

B. Responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile della protezione dei dati è il Legale Rappresentante dell'ASP.

C. Finalità del trattamento dei dati personali

I dati personali che Lei fornirà saranno utilizzati al solo fine della gestione del reclamo. Il rifiuto a prestare il consenso al trattamento dei dati comporta l'impossibilità di trattare il reclamo.

Tutti gli incaricati al trattamento dei dati sono tenuti al rispetto della riservatezza.

I Suoi dati NON saranno oggetto di diffusione.

D. Periodo di trattamento dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità indicate.

E. Diritti dell'interessato

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di seguito indicati, inoltrando apposita richiesta al Titolare del Trattamento:

- E1: diritto di accesso ai dati personali;
- E2: diritto di rettifica;
- E3: diritto all'oblio o alla cancellazione dei dati;
- E4: diritto alla limitazione del trattamento.

**Consenso al trattamento dei dati personali
 (ai sensi dell'art. 7 del Regolamento U.E. 2016/679 – GDPR)**

Dopo aver attentamente preso visione dell'informativa e averne compreso il contenuto,

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Presta il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate.

Data _____ Firma _____

- Nel caso in cui l'interessato sia un minore di 16 anni, il consenso è prestato dal titolare della responsabilità genitoriale;
- Nei casi previsti dal Reg. Pubblica Tutela (Art.2), i terzi delegati a presentare il reclamo sono tenuti a prestare il consenso.

DATI CONFERITI

Nome _____ Cognome _____ Tel. _____

Indirizzo di residenza _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Data in cui è accaduto l'episodio _____ Luogo _____

Contenuto del reclamo/segnalazione/suggerimento _____

Cosa chiede all'Azienda _____

Data _____

Firma _____

reclamo risolto tramite contatto diretto entro le 24 h e risposta comunicata il _____

reclamo istruito e trasmesso a _____

con nota prot.n. _____ del _____

Risposta pervenuta all'Ufficio con nota prot.n. _____ del _____

Eventuale nota interlocutoria all'Utente prot.n. _____ del _____

Risposta all'Utente prot.n. _____ del _____

segnalazione e/o suggerimento trasmesso a _____

_____ con nota prot.n. _____ del _____

(*) Classificazione del reclamo (segnare la macrocategoria e, ove indicato se il caso, anche la categoria di riferimento):

<input type="checkbox"/> ASPETTI STRUTTURALI	<input type="checkbox"/> ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT
<input type="checkbox"/> INFORMAZIONE <input type="checkbox"/> Trasparenza delle liste d'attesa	<input type="checkbox"/> TEMPI
<input type="checkbox"/> ASPETTI ORGANIZZATIVI/BUROCRATICI/AMMINISTRATIVI <input type="checkbox"/> Accesso al CUP e prenotabilità delle prestazioni	<input type="checkbox"/> ASPETTI ECONOMICI
<input type="checkbox"/> ASPETTI TECNICI/PROFESSIONALI <input type="checkbox"/> Mancato rispetto delle liste d'attesa	<input type="checkbox"/> ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA <input type="checkbox"/> Prestazioni in ALPI
<input type="checkbox"/> UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI	<input type="checkbox"/> ALTRO

Il Responsabile Distrettuale URP & PT