

MODULO DI RECLAMO/SEGNALAZIONE

Gentile utente,

nonostante la costante attenzione alla qualità del nostro servizio e alla soddisfazione di chi si rivolge alla nostra struttura, è possibile che non tutte le richieste e aspettative vengano soddisfatte nei tempi e nei modi desiderati.

Per questo motivo la invito a compilare il presente modulo in ogni sua parte, e nello spazio libero sul retro potrà descrivere in modo dettagliato il motivo del suo reclamo.

Il referente dei reclami la contatterà entro 15 giorni per dare risposta alla sua segnalazione.

Il Coordinatore di struttura

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Tel. _____ Cellulare _____ e mail: _____

Indicare la modalità scelta per il ricevimento della risposta:

- posta ordinaria
- telefono (indicare numero) _____
- fax (indicare numero) _____
- email (indicare indirizzo mail) _____

MOTIVO DEL RECLAMO O DELLA SEGNALAZIONE

Regolamento (UE) 679/2016: i dati riportati nel presente Modulo saranno utilizzati ai fini della gestione del reclamo e alla risposta, con l'ausilio di strumenti cartacei ed informatici, unicamente per tale scopo, nel rispetto della normativa vigente. I dati personali in oggetto verranno utilizzati esclusivamente dal Titolare al Trattamento Fondazione 'Centro per la Famiglia Cardinal Carlo Maria Martini' - ONLUS - Piazza Nazionale 9 - 20056 TREZZO SULL'ADDA (MI) o da loro responsabili o incaricati per finalità inerenti alle proprie attività istituzionale. Il mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare risposta al reclamo. La informiamo che potrà esercitare in ogni momento i suoi diritti previsti di conoscere quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati, nonché richiedere al titolare del trattamento la rettifica, la cancellazione o la portabilità dei dati personali che la riguardano o chiedere la limitazione od opporsi al loro trattamento secondo i termini previsti dagli artt. 15-16-17-18-20-21 del Regolamento (UE) 679/2016.

Data e luogo, _____

Firma _____

Spazio riservato al Consultorio

Nome Consultorio _____

Motivo del reclamo/segnalazione _____

Servizio competente _____

Rimedio/trattamento _____

Data di comunicazione all'utente _____

Il referente della procedura reclami _____