



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867
SCHEDA RECLAMI

rev 0.0 2023

Tipo di segnalazione

Verbale
Telefonica
Con modulo
Con lettera

Data ____/____/____

Ora _____

Nome _____ Cognome _____

Residente a _____ () in via _____ n _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Luogo del disservizio: _____

Oggetto della segnalazione: _____

Ha già reclamato altre volte per disservizi ASP? SI NO
Ha già reclamato per questo stesso disservizio? SI NO
(se SI precisare dove e quando)

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso a seguito della presente procedura saranno trattati nel rispetto del D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 e del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR). La presentazione del reclamo implica il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura dell'ufficio preposto alla conservazione delle istanze e all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure finalizzate all'istruttoria. Con la firma sottoriportata Lei acconsente al trattamento dei suoi dati personali.

Firma soggetto segnalatore

L'ASP di Enna La ringrazia per aver fatto notare quanto sopra, sarà nostra cura risponderLe prima possibile.

Firma di chi riceve la segnalazione
