Meyer IRCCS
Azienda Ospedaliera Universitaria

# Ufficio Relazioni con il Pubblico

## MODULO SEGNALAZIONI

(Scrivere in modo leggibile)

| | |
|---|---|
| **DATI IDENTIFICATIVI** (di chi effettua la segnalazione) | Cognome _____ Nome _____<br>Tel. _____ e-mail _____<br>**Nome del paziente** _____<br>**Data di nascita** _____ |

| | |
|---|---|
| **SERVIZIO/REPARTO** (a cui si riferisce la segnalazione) | _____ |

| **DESCRIZIONE** |
|---|
| |

I dati personali e sensibili contenuti nella segnalazione saranno trattati secondo le indicazioni del Regolamento EU 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali. Con la sottoscrizione del presente modulo si autorizza il trattamento dei dati personali, la mancata sottoscrizione impedisce la prosecuzione dell'istruttoria formale.

Data _____ Firma _____

AOU Meyer – Viale Pieraccini 24, 50139 Firenze
+39 055 5662332 - urp@meyer.it