

Cognome e nome dell'Utente/Genitore/Tutore

Se desidera che la risposta o ogni altra comunicazione relativa al suggerimento/reclamo sia inviata per iscritto a Lei o ad un'altra persona, indichi qui di seguito il recapito:

Cognome e nome _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____

IL SUGGERIMENTO/RECLAMO RIGUARDA

(segnare con una X la casella che interessa)

- ☐ Carenze della struttura
- ☐ Operato/comportamento del personale sanitario ☐ Orari terapie in ambulatorio
- ☐ Terapie a pagamento ☐ Altro _____

Descriva qui sotto cosa è accaduto ed il motivo del Suo reclamo/suggerimento:

È la prima volta che fa questo reclamo/suggerimento?

Se la Sua risposta è stata No:

Sì ☐ No ☐

- ☐ la precedente risposta non è stata chiara/completa
☐ il problema non è stato ancora risolto
☐ il problema si è ripresentato

A CURA DEL CENTRO

Come è stato gestito il reclamo e/o suggerimento sopracitati nei confronti dell'utente?

Data _____ Firma dell'Utente/Genitore/Tutore _____

Informativa ai sensi del REG UE 2016/679 e del D. Lgs. 101/2018

La informiamo che la sua spontanea fornitura di informazioni di natura personale attraverso il presente modello non necessita di alcun esplicito consenso. I suoi dati saranno trattati esclusivamente con le finalità di gestire il reclamo da lei formulato e inviarle opportuno riscontro giusta conoscenza e competenza. I dati relativi al reclamo saranno archiviati per 5 anni allo scopo di monitorare l'andamento nel tempo e perseguire il miglioramento organizzativo. Al termine dei 5 anni i dati personali associati al reclamo saranno tutti cancellati, mentre potranno persistere i contenuti del reclamo in altra documentazione interna, senza alcuna associazione con il reclamante

Contatti ove inviare il modulo:

Indirizzo: FISIOSPORTMEDICAL - Via Plinio Il Vecchio, 2D - 80053 - Castellammare di Stabia (NA)

Mail: fisiosportmedical.direzione@gmail.com - PEC: fisiosportmedicalsrl@pec.it