



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

\_\_\_\_\_