



A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I

Terni .....

**Struttura Complessa Formazione, Qualità e Comunicazione**

**Direttore Dr. Lorenzoni Luciano**

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

**Tel.0744/205669 – Fax 0744/205491**

**E-mail – [urp@aosp Terni.it](mailto:urp@aosp Terni.it)**

*All'Ufficio Relazioni con il Pubblico*

Il/La sottoscritto/a..... Nato/a il.....  
a.....residente a .....  
Via ..... Tel ..... cell .....

Documento d'Identità.....N°.....  
Rilasciato da..... In data.....

Firma.....

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra..... Nato/a il.....  
a..... residente a.....  
Via..... Tel..... cell.....

Documento d'Identità.....N°.....  
Rilasciato da..... In data.....

ad acquisire ogni eventuale informazione relativa al proprio stato di salute e connessa al reclamo/segnalazione dallo stesso/a presentato in data.....

Firma.....

**N.B.: Alla presente devono essere allegati in copia i documenti d'identità validi del delegante e del delegato.**

L'azienda Ospedaliera "S. Maria, in applicazione del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196, garantisce che il trattamento dei Suoi dati si svolge nel rispetto dei diritti sulla riservatezza circa l'utilizzo dei dati personali.

I dati riportati verranno utilizzati esclusivamente per l'approfondimento dei fatti segnalati. Il presente modulo avrà rilievo a tutti gli effetti solo se firmato. La segnalazione anonima non firmata avrà valore solo ai fini statistici.