



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**

*Resp. ad interim Dott.ssa Ascani Alessandra*

*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.