

Preso visione dell'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR (UE) 2016/679, pubblicata anche sul sito www.inmp.it, sezione "Assistenza sanitaria", do il mio consenso al trattamento dei dati e delle notizie esposte ai fini dell'istruttoria della richiesta.

Roma, lì.....

(FIRMA DEL DICHIARANTE)

Personale interno che raccoglie la segnalazione, qualora il paziente non sappia esprimerla.

Roma, lì.....

(Nome e Cognome, FIRMA)

A cura dell'URP

La segnalazione è stata conciliata e chiusa il giorno

.....
(FIRMA RESPONSABILE URP)

La segnalazione viene trasmessa a..... per informazioni e chiarimenti.

La segnalazione è chiusa il giorno

.....
(FIRMA RESPONSABILE URP)

La segnalazione e le informazioni ricevute dal Servizio sono trasmesse alla Direzione Sanitaria.

A cura della Direzione Sanitaria

La segnalazione viene approfondita con.....

La segnalazione viene chiusa il giorno

con la seguente azione correttiva/ preventiva:

.....
.....
.....
.....
.....

e con la seguente comunicazione all'utente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(FIRMA DIRETTORE SANITARIO)