

Modulo per segnalazione e suggerimenti

Il / la sottoscritto/a

Residente a _____ (prov.) in via _____ n. _____

Recapito Telefonico

In qualità di assistito familiare dell'assistito tutore / amministratore di sostegno dell'assistito
nel caso di familiare o tutore / amministratore di sostegno indicare le generalità dell'assistito qui sotto

Desidera evidenziare alla Amministrazione ed alla Direzione dell'Unità di Offerta ADI

(esprimere l'oggetto della segnalazione):

Inoltre desidera comunicare che (esprimere eventuali suggerimenti):

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 e s.m.i. autorizza la Soc. "EURONURSING Società Cooperativa Sociale ONLUS" – Ente Gestore dell'Unità di Offerta Assistenza Domiciliare – al trattamento dei dati personale di cui sopra.

Data _____ Firma _____

Il presente modulo può essere consegnato al personale del servizio di assistenza domiciliare o spedito ai recapiti dell'Ente Gestore riportati nella Carta dei Servizi o imbucato nella apposita cassetta posta. L'Amministrazione si impegna a fornire riscontro in merito alle segnalazioni, per il tramite della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria, entro 15 giorni dalla data di protocollo del modulo.