

Con la firma sottostante il segnalatore sottoscrive la presente segnalazione e, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e sensibili, autorizza l’Azienda ospedaliera di Caserta al trattamento degli stessi relativamente alle operazioni necessarie alla gestione del reclamo.

data ____ / ____ / _____ **firma del segnalatore** _____

documento di riconoscimento _____

rilasciato da _____ **con scadenza il** ____ / ____ / _____ .

DELEGA DELL’INTERESSATO
(da compilare soltanto se l’interessato non coincide con il segnalatore)

Io sottoscritto _____, in qualità

di interessato, delego il sig. / la sig.ra _____

a sottoscrivere la presente segnalazione e autorizzo l’Azienda ospedaliera di Caserta al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della normativa vigente in materia.

data ____ / ____ / _____ **firma dell’interessato** _____

documento di riconoscimento _____

rilasciato da _____ **con scadenza il** ____ / ____ / _____ .