UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
urp.ast.ap@sanita.marche.it

Gentile utente,
questo modulo è stato predisposto per agevolare il rapporto tra l'Azienda Sanitaria e i cittadini, ed è a Sua disposizione per esporre critiche e rilievi sui servizi da noi erogati.
Dopo la compilazione, potrà consegnarlo personalmente, inviarlo per posta cartacea o trametterlo tramite modalità elettroniche o digitali all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Sarà nostra cura comunicarLe, entro trenta giorni, il risultato degli accertamenti effettuati.

Segnalazione di disservizio

Il sottoscritto.....……

Residente a..... Via..... Tel.....

e-mail…….……..……..……...

Il giorno……. presso la struttura……

Descrizione dell'episodio:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Data..... Firma.....

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti vengano trattati per finalità di gestione amministrativa dei reclami, nel rispetto del GDPR 2016/679.

Data: …… Firma .....