

|  |                                |                               |
|--|--------------------------------|-------------------------------|
|  <p><b>Di Stefano</b><br/>RADIOLOGIA e POLISPECIALISTICA</p> <p>Studio Radiologico Dr. Di Stefano Antonino<br/>di Di Giuseppe Rosanna e C. S.n.c.<br/>Via Formoso 52/58 / 00054 - Fiumicino RM<br/>Tel. 06/6582071 / Fax 06/6581141<br/>www.diagnosticadistefano.it<br/>d.c.a. 1100241/2016</p> | <p>Scheda gestione reclami</p> | <p>RAD MD 21<br/>Rev. 1.0</p> |
|--|--------------------------------|-------------------------------|

| MODULO RECLAMO   |   |
|--|---|
| Nome Cognome   |   |
| Luogo di nascita   |   |
| Data di nascita  |   |
| Stato di nascita   |   |
| Codice fiscale   |   |
| Indirizzo di residenza   |   |
| Telefono fisso   |   |
| Cellulare  |   |
| E-mail   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretto interessato</li> <li>• Rappresentante legale</li> <li>• Genitore</li> <li>• Tutore</li> </ul> | <p>Barrare una casella e scrivere le informazioni richieste</p> <p>Dati richiedente se diverso dallo scrivente:</p> |
| <p><b>RECLAMO PER<br/>una situazione o un fatto che si è verificato nella struttura sanitaria</b></p>  |   |
| Il giorno  |   |
| Alle ore   |   |
| DESCRIVO I FATTI O LA SITUAZIONE   |   |
| CHIEDO INOLTRE   |   |
| AZIONI SUCCESSIVE<br>(compilazione a cura della struttura)   |   |

AUTORIZZO lo "Studio Radiologico Dott. Di Stefano A. Di Di Giuseppe Rosanna & C. S.n.c." al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR" - General Data Protection Regulation).  
SONO CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa).

Data, \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_