

 Direttore Sanitario: Dott.ssa Sara Bertoncelli	MODULO	Codice MOD 09
	Modulo Reclami	Emesso:05/02/2024

MODULO PER IL RECLAMO

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Città _____ **Provincia** _____

CAP _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Oggetto e motivo del reclamo

Data _____

Firma

Il presente modulo può essere consegnato direttamente al personale del Centro, o spedito allo stesso via posta o fax al numero 0536-806370.
 Il reclamo verrà inoltrato alla Direzione entro 48 ore.
 Il soggetto reclamante riceverà risposta scritta entro 2 settimane dall'inoltro.

Centro KOS in qualità di titolare del trattamento (con sede in Via Radici in Piano 46, scala B, piano I - 41049 Sassuolo (MO) Tel./fax 0536.806370 - email: info@centrokos.it), tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.) connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione non consente di effettuare l'esame del reclamo. I dati acquisiti nell'ambito della procedura di esame del reclamo saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili sì no

Luogo e Data _____ **Firma** _____