**SCHEDA SEGNALAZIONI**

**Ospite □ RSA □ CDI**

**Nome Cognome**

**Referente Familiare:**

**Nome Cognome**

**Generalità di chi compila il presente modulo**

**Nome Cognome**

**Tel**

**Data**

**descrizione DELLA SEGNALAZIONE**

**Il sottoscritto autorizza:**

* **All’uso dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03 e smi e del REG. UE 2016/ 679. I dati raccolti con la compilazione del presente modulo verranno trattati da ASP Pezzani per poter istruire la pratica. I dati personali verranno conservati secondo le misure di sicurezza previste da D.Lgs 196/03 e smi e del REG. UE 2016/ 679; i diritti degli interessati potranno essere esercitati inoltrando richiesta al Titolare del trattamento ASP Carlo Pezzani. In caso di mancato assenso la pratica non potrà essere istruita, Né accertata né evasa.**

**FIRMA**