## Da consegnare o inviare via posta/ e-mail a:

Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP) Via Manzoni, 220 - 80123 Napoli

Tel.: 081 5981 809 e-mail: urp@fbfna.it

Apertura al pubblico dal lunedì al venerdì (festivi esclusi) dalle 9:30 alle 13:00

***Ogni segnalazione è gradita e verra tenuta nella massima considerazione perché ci aiuta a migliorare la Qualità dei nostri Servizi.*** *Grazie per la disponibilità e la collaborazione.*

# DATI DEL SEGNALANTE

*Cognome ………….…………….………………………..….………………..… Nome ……………………..…………...……………………….………. Sesso □ M □ F Data di nascita ……………...….………. Scolarità ………………………...……..…………….…………. Professione ….……………..….…………….….…..….*

*Telefono ………………………………..…… Indirizzo e-mail/PEC o altro recapito al quale si vuole ricevere comunicazioni …………...*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………*

## Se la segnalazione riguarda eventi di natura sanitaria e/o chi scrive non è la persona direttamente interessata ai fatti, è indispensabile completare l’ultima pagina del presente modulo.

***L’URP non potrà trattare la segnalazione in mancanza del consenso e/o di delega/dichiarazione sostitutiva, quando dovuti.***

# SEGNALAZIONE

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**DATA** ……………………………………………………………….. **FIRMA** ……………………………………………...…..…………………………………………………………..

**INFORMATIVA *PRIVACY* - UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)**

**Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del D.lgs. 196/2003 aggiornato dal D.lgs. 101/2018**

### INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (EX ART. 13 DEL D. LGS. 30.06.2003, N. 196 - "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI")

### In attuazione della normativa di cui sopra, La informiamo che:

### - I dati sono raccolti e trattati esclusivamente per scopi di natura amministrativa per lo svolgimento delle attività dell'URP e per la gestione della segnalazione in attuazione della normativa vigente, secondo il Regolamento regionale;

### - Il conferimento dei dati richiesti è spontaneo e facoltativo. Il mancato conferimento dei dati nel caso di reclamo comporta la mancata risposta scritta;

### - La comunicazione dei dati può avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento, o, qualora risulti necessaria per lo svolgimento di attività istituzionali. I dati, unicamente quelli strettamente necessari per le finalità di cui sopra, saranno comunicati esclusivamente ai Responsabili o agli incaricati aziendali per le parti del procedimento di loro competenza;

### - I dati personali sono raccolti e trattati sia in forma manuale che automatizzata, secondo una logica strettamente connessa alle finalità descritte, esclusivamente da personale incaricato che ha ricevuto apposite istruzioni;

### - L'Azienda ha messo in atto tutte le misure di sicurezza previste dalla Legge; i dati saranno custoditi in archivi cartacei ed informatizzati e protetti da queste misure; agli archivi avrà accesso solo il personale autorizzato e tenuto al segreto professionale;

### - L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7, D. Lgs. n. 196/2003, presentando richiesta ai Responsabili del trattamento, a seconda delle esigenze, sull'apposito modulo reperibile presso l'URP o le Segreterie delle Direzioni delle strutture aziendali;

### - Il Titolare del trattamento è l'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli con sede in Via Manzoni 220;

### - L'elenco aggiornato dei Responsabili dei trattamenti di dati in ambito aziendale è disponibile presso l'URP e le segreterie di ciascuna Unità Organizzativa aziendale. QUANDO E PERCHE’ E’ RICHIESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI? IN CASO DI MANCATA ESPRESSIONE O RIFIUTO COSA ACCADE?

### Nel caso la segnalazione sia di genere sanitario, è necessario fornire il consenso per l’acquisizione dei dati sanitari della persona direttamente interessata ai fatti segnalati, relativamente all’oggetto della segnalazione. Se chi scrive non è la persona direttamente interessata, occorre la delega con consenso dell’interessato. Se l’interessato è un minore, persona soggetta a provvedimento di tutela o deceduto, chi scrive deve presentare la dichiarazione sostitutiva, con espressione del consenso in caso la segnalazione sia di genere sanitario. Qualora il consenso non venga espresso o venga negato, oppure manchino la delega o le dichiarazioni sostitutive quando dovute, la segnalazione di genere sanitario verrà archiviata senza ulteriormente procedere.

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, DELEGA, DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

**Ai sensi del Reg. UE n. 2016/679 e del D.lgs. 196/2003 aggiornato dal D.lgs. 101/2018 e degli ARTT. 46 e 47 del DPR 445/2000**

1. **Se il segnalante è la *persona direttamente interessata* ai fatti di natura sanitaria:**

|  |
| --- |
| Io sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………….nato/a ……………………………………………………..……………… il ,  documento d’identità n. ………………..………………….……….……. rilasciato da …………….……….……………………………………..…….……….………………… il ………………………….………  letta l’informativa alla precedente pagina 2:  **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO** al trattamento dei dati personali.  Data …………………………………………………………….. Firma …………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Allegare copia del documento d’identità indicato** (se la compilazione avviene alla presenza del personale dell’URP, il documento può essere solo esibito). |

1. **Se il segnalante *agisce per conto di altra persona* maggiorenne in grado di intendere e volere:**

**DELEGA**

In qualità di persona direttamente interessata ai fatti oggetto della presente segnalazione, letta l’informativa alla precedente pagina 2, io sottoscritto/a

…………………………………………………..…………………………..…………………………………nato/a …………………………..………………………………..……………… il ………………………….………

documento d’identità n. ………………..………………….……….……. rilasciato da …………….……….……………………………………..…….……….………………… il ………………………….………

**ACCONSENTO** al trattamento dei miei dati personali e **DELEGO** il Sig./la Sig.ra ………………………………………………………………………………………….………..

nato/a ……………..………………………………..……………… il ………………………….………documento d’identità n. ……….………………………….…… rilasciato da

………………………….………………… il a rappresentarmi nei confronti dell’URP.

Data ………………………………………………..….…………….. Firma del delegante ………………………………………………………………………………..……………………

Firma del delegato …………………………………………………………..……………………..……………………

**Allegare copia dei documenti d’identità indicati.**

1. **Se il segnalante è *genitore o altra persona esercente la potestà genitoriale/ tutore/curatore/amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute* della persona direttamente interessata ai fatti:**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(ART. 46 – DPR 445/2000)**

Io sottoscritto/a ……………………………………………………..…………………………………nato/a …………………………..………………………………..……………… il ………………………….………

documento d’identità n. ………………..………………….……….……. rilasciato da …………….……….……………………………………..…….……….………………… il ………………………….………

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, dichiaro di essere

□ genitore esercente la potestà genitoriale  persona esercente la potestà genitoriale tutore  curatore  amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute di (Cognome e nome) , persona direttamente interessata ai fatti

oggetto della presente segnalazione. Letta l’informativa alla precedente pagina 2,  **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO** al trattamento dei

dati personali.

Data …………………………………………………………….. Firma ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Allegare copia del documento d’identità indicato** (se la compilazione avviene alla presenza del personale dell’URP, il documento può essere solo esibito).

# Se il segnalante è *erede* della persona direttamente interessata ai fatti:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE**

**(ARTT. 46 e 47 – DPR 445/2000)**

Io sottoscritto/a ……………………………………………………..…………………………………nato/a …………………………..………………………………..……………… il ………………………….………

documento d’identità n. ………………..………………….……….……. rilasciato da …………….……….……………………………………..…….……….………………… il ………………………….………

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, dichiaro di essere

□ erede legittimo  erede testamentario del Sig./della Sig.ra ……………………………………………………………………….. deceduto/a il …………………………….

Letta l’informativa alla precedente pagina 2,  **ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO** al trattamento dei dati personali. Data …………………………………………………………….. Firma ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Allegare copia del documento d’identità indicato** (se la compilazione avviene alla presenza del personale dell’URP, il documento può essere solo esibito).