



Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via _____ Tel. _____ e-mail _____

genitore parente associazione altro

Paziente _____ Unità operativa _____ Presidio _____

Presenta all' Azienda Ospedaliera "Santobono Pausilipon"
il seguente:

Reclamo Elogio

Così descritto _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell' informativa privacy ex art.13 del Regolamento U.E. n.679/2016 GDPR pubblicata sul sito web aziendale, Sezione Privacy.

Napoli, lì _____

Firma