

MODULO ELOGIO

Gentile Signora / Signore,

La invitiamo ad utilizzare questo modulo nel caso voglia **elogiare** il servizio da noi erogato.

Il/La Sottoscritt/a _____

*Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

*Residente a _____

in Via _____ n. _____

* Tel. _____

* E-mail _____

*Campi non obbligatori

In qualità di:

Utente Familiare/Caregiver dell'utente Medico Infermiere

Altro: _____

Motivazione dell'Elogio:

Eventuali suggerimenti:

*Il suo **parere** sarà per noi di prezioso aiuto, andando a valorizzare il nostro operato.*

La ringraziamo per la collaborazione.

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla domanda di accesso;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è CRI Comitato di Valfabbrica;
- responsabile del trattamento è il Presidente del Comitato;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003

Luogo e Data

Firma