Servizio Sanitario Nazionale

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale

**“Antonio Cardarelli”**

***U.O.S.D. Ufficio Relazioni col Pubblico e marketing sanitario***

***us.relazioni.pubblico@aocardarelli.it***

***recapiti: 0817473007- 0817473061***

**Scheda per l’inoltro del reclamo**

 Napoli

Il reclamante Sig /ra : …………………………………………………………………………….

residente in: …………………………………………………….. cap…………………………….

Via /Piazza…………………………………………………………………………………………

recapito telefonico e di posta elettronica: ………………………………….tel……………………

documento di identificazione: si acclude fotocopia della carta di identità o documento equipollente

**Oggetto della segnalazione**

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

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

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

Autorizzo al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs 196 del 2003 X SI O NO

 Firma del reclamante: ………………………….