OSPEDALE SAN RAFFAELE	SCHEDA SEGNALAZIONE	Pag. 1 di 2

Ufficio Relazioni con il Pubblico ***Via Olgettina 60 – 20132 Milano***
tel. 02.2643.3088-3838 - fax 02.2643.3074 - ***E-mail urp@hsr.it***

Prot. N°_____/__IR__

MODULO ENCOMI

Data_____

Cognome _____ **Nome**_____

Indirizzo _____ **CAP**_____ **Città**_____

Tel.casa_____ **Tel. Ufficio/Cell.**_____

Titolo di studio_____ **Professione**_____

Unità operativa di degenza/Ambulatorio a cui indirizzare l'encomio_____

In particolare	**Dottore/i**	
	Caposala/Infermieri	
	Operatore Amm.vo/i	

DESCRIZIONE ENCOMIO

Firma_____

Informativa trattamento dati personali/sensibili: ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "**Regolamento o GDPR**", Ospedale San Raffaele S.r.l., in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), con sede in Via Olgettina 60, 20132 Milano, pec hsrsanraffaele@hsr.postecert.it, Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (ossia dati idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), con riferimento alla attività che complessivamente può essere esercitata all'interno dell'azienda nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture ospedaliere, in quanto correlata al servizio di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione che Lei intendesse richiedere.
Il Titolare ha nominato il **dott. Giorgio Presepio** responsabile per la protezione dei dati ("Data Protection Officer" o "DPO") raggiungibile all'indirizzo dpo@hsr.it.

Autorizzo all'uso dei dati personali - sensibili ai sensi Informativa Privacy Ai sensi dell' art. 13 del Regolamento UE 2016/679	**SÌ** ☐	**NO** ☐	**Firma**	

Sistema Sanitario Regione Lombardia

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE CHE RICEVE L'ENCOMIO

Mezzo di segnalazione ☐colloquio ☐ telefonata ☐ lettera ☐ fax ☐ e-mail

Operatore_____**Unità operativa**_____**Telefono**_____

Encomio ricevuto il _____ **Trasmesso all'URP il**_____

Osservazioni

_____

_____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RELAZIONI COL PUBBLICO

Mezzo di segnalazione ☐colloquio ☐ telefonata ☐ lettera ☐ fax ☐ e-mail

Area di Provenienza ☐ ambulatorio (visita) ☐ ricovero ☐ altro
☐ ambulatorio (esami) ☐ day hospital ☐ servizio

Codice Area

Macroarea _____**Microarea**_____

Osservazioni

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Encomio inoltrato il_____ **Prot. N.**_____