

SCHEDA SEGNALAZIONI

Segnalazione - E n° _____ ricevuta il ___ / ___ / _____ dall'operatore _____

scheda lettera fax e-mail

NOME ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ COGNOME ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

VIA ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ CITTÀ ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ CAP ~~XXXXXXXXXXXX~~

☎ CELLULARE ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ E-MAIL ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

CHI SEGNA LA Interessato Parente/Amico Associazione Operatore SSN Altro

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE: ELOGIO AL DOTT. VINCENZO FARINA
U.O.C. DI CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E DI ODONTOSTOMATOLOGIA

SONO UNA PAZIENTE DI 26 ANNI, SCRIVO QUESTA LETTERA DI ELOGIO PER ESTERNARE LA MIA GRATITUDINE NEI CONFRONTI DI TUTTO IL PERSONALE MEDICO E PARAMEDICO DEL REPARTO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E DI ODONTOSTOMATOLOGIA DOVE HO AVUTO UN INTERVENTO PER L'ESTRAZIONE DEI QUATTRO MOLARI DEL GIUDIZIO. UN RINGRAZIAMENTO PARTICOLARE VOGLIO FARLO AL DOTT. "VINCENZO FARINA" E A TUTTA LA SUA EQUIPE. FIN DALLA 1° VISITA IL DOTT. FARINA SI E' MOSTRATO UNA PERSONA PREPARATA DISPONIBILE MA SOPRATTUTTO DI "COSCIENZA" CHE CON LA SUA PROFESSIONALITA' E' RIUSCITO A CONSIGLIARMI E RASSICURARMI SULLA BUONA RIUSCITA DELL'INTERVENTO. DOPO UN MESE E MEZZO, IL GIORNO 20/09/2018 SONO STATA OPERATA, DA SUBITO AL MIO RISVEGLIO DALL'ANESTESIA RIUSCIVO A PARLARE. CERTO E' POSSIBILE PENSARE CHE ALLA FINE SI TRATTAVA DI UNA SEMPLICE ESTRAZIONE DEI MOLARI, MA CON

TUTTI I CASI DI MALASANITA CHE NEGLI ANNI O FORSE ANCHE ALL'ORDINE DEL GIORNO AVVENGONO, PURE LE COSE PIU' SEMPLICI POSSONO AVERE DELLE COMPLICANZE

PER QUESTO RINGRAZIO TUTTI VOI PER L'ASSISTENZA, LA DISPONIBILITA', LA PROFESSIONALITA' DURANTE TUTTA LA MIA PERMANENZA NEL VOSTRO REPARTO.

"GRAZIE A CHI COME VOI FA DEL LAVORO LA SUA PASSIONE"

CORDIALI SALUTI, ~~_____~~

In riferimento al d.lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) il sottoscritto autorizza l'Azienda ospedaliera di Caserta al trattamento dei dati personali e sensibili relativamente alle operazioni necessarie alla gestione dell'elogio.

data 16 09 2018 firma del segnalatore ~~_____~~
documento di riconoscimento ~~_____~~
rilasciato da ~~_____~~ con scadenza il ~~____/____/____~~

DELEGA DELL'INTERESSATO

(da compilare soltanto se l'interessato non coincide con il segnalatore)

Io sottoscritto _____

in qualità di interessato, delego il sig. / la sig.ra _____

la sottoscrivere la presente segnalazione e autorizzo l'Azienda ospedaliera di Caserta al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del d.lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali).

data ____/____/____ firma dell'interessato _____

documento di riconoscimento _____

rilasciato da _____ con scadenza il ____/____/____

L'Azienda ospedaliera di Caserta sottolinea che i dati saranno trattati nel rispetto della normativa, garantendo al cittadino i diritti sanciti dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003.