

### AMBULATORIO FISIOTERAPICO CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO AUT.REG.n°G11140

### PER RICEVERE RISPOSTA IN MERITO ALLA SEGNALAZIONE È NECESSARIO FORNIRE LE PROPRIE GENERALITÀ / OPPURE IN FORMA ANONIMA

• CHI SEGNALA:
Cognome
via
c.a.p
e-mail
Telefono
Data e luogo di nascita
Professione (facoltativo)
(l'Ufficio si riserva di contattarLa, telefonicamente o via mail, per chiarimenti ed integrazioni rispetto a quanto scritto)
• PER CHI SEGNALA:  > PER SE STESSO  > PER CONTO DI: Cognome Nome  Data e luogo di nascita
Duta e raego ar nasera
Relazione di parentela o altro
Possesso di Delega: SI NO
CHE COSA DESIDERA SEGNALARE: (specificare data, luogo ed ogni altra informazione ritenuta utile alla ricostruzione del fatto)

 $\textbf{Sito web:}\ \underline{www.kineticsportcenterceccano.com}$ E-mail: kineticsportcenter@gmail.com

Pec: kineticsportcenterceccano@pec.it



# AMBULATORIO FISIOTERAPICO CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO AUT.REG.n°G11140

•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
		•••••		
		•••••		
		•••••		
<ul> <li>COSA PROPONE AI</li> </ul>	FINI DEL MIGLIORA	MENTO CIRCA	II PROBLEMA SEGNAI	$\Delta T \cap \cdot$
- 000, 11101 0112, 11				$\Box \neg$ $\Box$ $\Box$
1 000, 11 1101 0112 / 11	THE DELIVER OF THE	WILLIAM CITTORY	TET ROBLETVIA COLOTA C	LATO.
		IIVIEITI O OIITO, T	ie i Nobelivii ( Sedivi (	LATO.
			ie i Nobelivii ( Secivi (	
• EVENTUALI DOCUM				

Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi degli artt. 13 e s.s. del Regolamento europeo nr. 2016/679 (GDPR)

Si informa che i dati personali e sensibili che la riguardano e da lei forniti saranno trattati e raccolti dall'Azienda per scopi di natura amministrativa per losvolgimento delle attività dell'URP e per la gestione della segnalazione in attuazione della normativa vigente, ed in conformità al il Regolamento regionale sui dati sensibili e giudiziari n. 1/2014;

Inoltre si informa che:

- il conferimento dei dati richiesti è spontaneo e facoltativo. Il mancato conferimento dei dati nel caso di reclamo comporta la mancata risposta scritta;
- la comunicazione dei dati può avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento, o, qualora risulti necessaria per lo svolgimento di attività istituzionali. I dati, unicamente quelli strettamente necessari per le finalità di cui sopra, saranno comunicati esclusivamente ai Responsabili o agli incaricati aziendali per le parti del procedimento di loro competenza;
- i dati personali sono raccolti e trattati sia in forma manuale che automatizzata, secondo una

**Pec:** kineticsportcenterceccano@pec.it

Sito web: www.kineticsportcenterceccano.com
E-mail: kineticsportcenter@gmail.com



## AMBULATORIO FISIOTERAPICO CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

AUT.REG.n°G11140

logica strettamente connessa alle finalità descritte, esclusivamente da personale incaricato che ha ricevuto apposite istruzioni;

- l'Azienda ha messo in atto tutte le misure di sicurezza previste dalla Legge; i dati saranno custoditi in archivi cartacei ed informatizzati e protetti da queste misure; agli archivi avrà accesso solo il personale autorizzato e tenuto al segreto professionale;
- l'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7, D. Lgs. n. 196/2003, presentando richiesta ai Responsabili del trattamento.

Il Titolare del trattamento è il Kinetic Sport Center Ceccano Srls legalmente rappresentata dall'Amministratore Unico Gabriella Arduini con sede legale in Frosinone, via Armando Vona, 8. Il Responsabile del trattamento dei dati relativi ai Reclami è il DPO.

DATA:/	FIRMA
	(II ricorrente)

**Pec:** kineticsportcenterceccano@pec.it

Sito web: www.kineticsportcenterceccano.com
E-mail: kineticsportcenter@gmail.com



RADIOLOGIA
ODONTOIATRIA
LABORATORIO ANALISI
FISIOTERAPIA E IDROCHINESI
POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

AUT. REG. N. G00839 DEL 31/01/2019



#### AREA POLIAMBULATORIALE

**Direttore Sanitario:** Dott. Cirillo Giovanni Iscritto all'Ordine dei Medici al **n.995** 

C.S. F-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.

**P.Iva:** 03000950604

Sede: Via Armando Fabi 41 (Fr)
PEC: fmedical@pec.it

Contatti: Tel. 0775 487906 Sito web: www.f-medical.it E-mail: info@f-medical.it