

Spett.le
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
U.O. Igiene e Sanità Pubblica
Unità Operativa di _____
Via..... - (CAP) -

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

CF _____
(codice fiscale) (luogo di nascita) (data di nascita)

residente in _____ via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

che venga effettuato un sopralluogo in via _____ n. _____

nel Comune di _____ per accertare la presenza dei seguenti inconvenienti

igienico sanitari: _____

Si segnala che il responsabile dell'inconveniente igienico lamentato è il Sig. _____

residente a _____ in via _____ n. _____

(data)

(firma)

Allegati:

- Copia documento di identità
- Eventuali fotografie;
- Eventuale altra documentazione

NB: Nel caso in cui la richiesta sia valutata di competenza, sarà richiesto il pagamento dei diritti sanitari previsti e il personale Medico e/o Tecnico provvederà ad effettuare il sopralluogo e a dare corso agli atti conseguenti.

Vedi retro per note informative

NOTE INFORMATIVE

- La presente pratica è affidata all'Unità Operativa di Igiene Pubblica di, che provvederà all'evasione della stessa.
- La pratica verrà protocollata entro 24 ore dalla presentazione allo sportello di segreteria ed alla stessa sarà data risposta entro 30 giorni dalla data di protocollo.
- L'utente che ne abbia titolo può chiedere di conoscere i nomi ed i numeri telefonici del responsabile del procedimento e del tecnico cui è affidata la pratica (queste notizie sono sempre riportate sulle lettere di risposta). Potrà inoltre chiedere notizie circa la posizione della pratica.
- Presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica, è inoltre possibile richiedere, previo appuntamento telefonico, informazioni, ricevere indicazioni in relazione all'istanza presentata.
- Gli esiti delle verifiche o delle pratiche saranno comunicati solo con lettera formale e non telefonicamente.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - Agenzia ATS Brianza - Dipartimenti - Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria - UOC Igiene e Sanità Pubblica - Privacy;
- il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il Prof. Avv. Fabio Balducci Romano, con sede legale in Via Savorgnana, 20 – 33100 Udine (UD).

Data _____

FIRMA leggibile
