

Modulo per la procedura reclami/segnalazioni relativi al CdS STAP (va compilato, firmato e inviato via mail)

*NOME	
*COGNOME	
*NUMERO DI MATRICOLA	
RECAPITO TELEFONICO	
*INDIRIZZO EMAIL PER ESSERE RICONTATTATI PER GLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA PROCEDURA DI RECLAMO	
*MOTIVO DEL RECLAMO (SPECIFICARE LE RAGIONI DELLA DOGLIANZA E CIRCOSTANZIARE, NEL TEMPO E NEL LUOGO, L'ACCADIMENTO)	
INDICARE, SE NOTE, LE GENERALITÀ DEL SOGGETTO RITENUTO RESPONSABILE DEL COMPORTAMENTO IN CONTESTAZIONE	
ALTRO	

I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa redatta da UNICAMPANIA ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR).
I reclami in forma anonima non saranno presi in considerazione.

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver preso visione dell'informativa, resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, come sopra riportata.

FIRMA
