



CSSV  
consorci  
sociosanitari  
de vilafranca.

## FULL DE RECLAMACIONS PER AL CENTRE DE DIA

### Full de reclamacions

---

Dades de la persona que presenta la reclamació

Cognoms i nom\* \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_ Codi postal \_\_\_\_\_

Població \_\_\_\_\_

---

Exposició de la reclamació

### Data i signatura

\* Si voleu mantenir l'anonimat, no empleneu les dades personals

De conformitat amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), les dades que consignis en aquest document s'incorporaran a un fitxer responsabilitat del CONSORCI SOCIOSANITARI DE VILAFRANCA DEL PDES amb la finalitat d'atendre la seva petició i gestionar l'objecte del present formulari. En qualsevol moment, pots exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, mitjançant comunicació escrita, adjuntant fotocòpia del DNI o document identificatiu equivalent, dirigida al CONSORCI SOCIOSANITARI DE VILAFRANCA DEL PENEDÈS, Av. Garraf, nº 3 ( 08720) de Vilafranca del Penedès.