☐ RECLAMO ☐ SCRITTO ☐ posta
☐ SUGGERIMENTO ☐ di persona
☐ ENCOMIO ☐ VERBALE ☐ fax
☐ mail
☐ telefono

☐ area ambulatoriale
☐ area di degenza Servizio/U.O. di .....

(a cura dell'utente)

☐ UTENTE ☐ FAMILIARE ..... ☐ ASSOCIAZIONE .....

Cognome e nome .....

Sesso ☐ M ☐ F scolarità ..... TEL .....

Data di nascita: ..... Professione .....

Residente a ..... Via ..... n° .....

☐ ANONIMO

Oggetto della segnalazione:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data e Firma .....

(Ai sensi della L. 196/2003 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.")

(A cura dell'URP)

☐ direttamente

☐ tramite urna

ricevuto il ..... ☐ da .....

n° progressivo n. ..... Codice .....

Trasmesso a:

data ..... ☐ Direzione Amministrativa

☐ Direzione Risorse Umane

☐ Direzione Sanitaria

☐ Legale Rappresentante

☐ altro .....

Azioni intraprese

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data e firma .....

Chiusura reclamo

Data ..... tipo di risposta ☐ orale ☐ scritta ☐ altro.....

Motivi della mancata risoluzione per:

☐ .....

.....

.....

.....

data e firma .....