

	MODULO RECLAMO/SUGGERIMENTO/ENCOMIO	M	Rev. 0 Ottobre 2019
		PAURP01	03

n° progressivo/.....

Codice.....

☐ Reclamo ☐ Suggerimento ☐ Encomio	☐ Scritto ☐ Verbale	☐ Via Posta ☐ Di Persona ☐ Via Fax ☐ Via Mail ☐ Telefonico
☐ CdC Domus Salutis ☐ CdC Ancelle della Carità ☐ CdC San Clemente ☐ Nuova Genesi	☐ Area Ambulatoriale ☐ Area di Degenza ☐ U.O./Ufficio/Servizio:	

(A Cura Dell'utente o di chi lo Rappresenta)

- ☐ UTENTE
☐ FAMILIARE (indicare grado di parentela)
☐ ASSOCIAZIONE

Cognome e nome

Sesso ☐ M ☐ F

Data di nascita:

Scolarità

Tel. Mail.....

Professione

Residente a Via N°

*Autorizzo l'Ufficio Relazioni con il Pubblico a contattarmi telefonicamente per le informazioni relative alla presente segnalazione

- ☐ SI
☐ NO
☐ ANONIMO

OGGETTO DELLA SEGNALEZIONE:

Data.....

Firma.....

I dati da Lei forniti saranno trattati ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) anche tramite soggetti esterni al fine di permettere l'espletamento degli adempimenti connessi al rapporto di cura come da informativa da Lei ricevuta in fase di accesso. Copia integrale dell'informativa può essere sempre richiesta presso le nostre sedi.

(A cura del Referente URP)

Ricevuto il

- ☐ Direttamente
- ☐ Tramite urna
- ☐ Da

Trasmesso il a:

- ☐ Direzione Amministrativa
- ☐ Direzione Sanitaria
- ☐ Altro

Azioni intraprese

Data

Firma

Chiusura reclamo in data.....

Tipo di risposta

- ☐ Orale
- ☐ Scritta
- ☐ Altro.....

Mancata risoluzione ☐ SI ☐ NO

Motivo

2° Livello di Gestione del Reclamo – Riesame dell'istanza

- ☐ Attivato
- ☐ Non attivato

Soluzione suggerita dal Tavolo di analisi/ascolto

Data

Firma