

 	Modulo MODULO RECLAMO/ SUGGERIMENTO/ ENCOMIO		ModSDF52.04	
			Rev. 01	Pagina 1 di 2
			Data Rev:02/08/2024	

n° progressivo _____

Codice _____

☐ Reclamo ☐ Suggerimento ☐ Encomio ☐ Richiesta	☐ 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: _____ ☐ Area Domiciliare
---	---

(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:

La risposta alla segnalazione viene inviata secondo la tempistica prevista dalla normativa vigente (non oltre 30 giorni dal ricevimento).

Data _____ Firma _____



Fondazione
TERESA CAMPLANI



Modulo

**MODULO RECLAMO/
SUGGERIMENTO/ ENCOMIO**

ModSDF52.04

Rev. 01

Pagina 2 di 2

Data Rev:02/08/2024

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 di presidio)

Ricevuto il _____

- ☐ Direttamente
☐ Tramite urna
☐ Da _____

Trasmesso il _____ **a:**

- ☐ Direzione Generale ☐ Direzione Sanitaria ☐ Direzione Amministrativa
☐ Rappresentante di struttura
☐ 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 _____