**PROT.**

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO/CITTA’/CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Segnala** | per se stesso [ ]**Si allega copia documento di riconoscimento firmata dal segnalante** |
| per altra persona [ ] **Compilare apposita delega (vedi altro lato)** |

**Tipologia segnalazione:**

**[ ] Informazione [ ] Accessibilità [ ] Tempi di Attesa [ ] Problemi relazionali**

**[ ] Aspetti strutturali [ ] Umanizzazione – Riservatezza – Privacy**

**[ ] Prestazioni- Cure [ ] Aspetti organizzativi [ ] Aspetti burocratici –amministrativi**

**[ ] Aspetti alberghieri [ ] Aspetti economici**

 **Descrizione episodio (se necessario aggiungere altro foglio):**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 **In considerazione di quanto esposto, chiede/suggerisce:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Ai fini della gestione della presente segnalazione, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento**

**UE 2016/679 e dichiaro di aver preso visione, letto e compreso l’Informativa sulla Privacy nel seguente modo:**

 **[ ] ricezione del modulo informativa [ ] consultazione sul sito web aziendale**

Le modalità di trattamento/gestione del presente modulo sono specificate nel Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela

consultabile on-line sul portale Aziendale:

[*https://trasparenza.ospedaliriuniti.marche.it/archivio28\_provvedimenti-amministrativi\_0\_442670.html*](https://trasparenza.ospedaliriuniti.marche.it/archivio28_provvedimenti-amministrativi_0_442670.html)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA ALL’INOLTRO DI UNA SEGNALAZIONE**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente in via tel

documento di identità n.

(allegato in fotocopia firmata)

rilasciato da il

**delega:**

 a presentare questo reclamo

 a presentare questo reclamo e a ricevere risposta

Il/la sig./sig.ra

nato/a a il

residente in via tel

documento di identità n.

rilasciato da il

 Firma del delegante

 Firma del delegato

Luogo e data

**Si allega**

1. **copia del documento di riconoscimento del delegante debitamente firmata**
2. **copia del documento di riconoscimento del delegato debitamente firmata**

**A cura URP**

**Operatore** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **S.O. interessata** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Caso segnalato da: Modalità della segnalazione:**

□ diretto interessato □ colloquio diretto

□ familiare □ contatto telefonico

□ Tribunale della Salute □ modulo prestampato

□ AVULSS □ lettera

□ altro ……………………………….. □ altro ………………………………..

*data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **Firma dell’operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**