

SCHEDA SEGNALAZIONI RECLAMI - ENCOMI/RINGRAZIAMENTI

Rev. 07 del 22/06/2021

pag. 1 di 2

cod.

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 online sul **Portale amministrazione trasparente**:

https://trasparenza.ospedaliriuniti.marche.it/archivio28_provvedimenti-amministrativi_0_442670.html

Data _____

Firma _____

SCHEDA SEGNALAZIONI RECLAMI - ENCOMI/RINGRAZIAMENTI

Rev. 07 del 22/06/2021

pag. 2 di 2

cod.

DELEGA ALL'INOLTRO DI UNA SEGNALAZIONE

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a..... il

residente in..... via..... tel.....

documento di identità..... n.....

(allegare fotocopia firmata)

rilasciato da..... il

delega:

☐ a presentare questo reclamo

☐ a presentare questo reclamo e a ricevere risposta

Il/La 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: ☐ diretto interessato ☐ familiare ☐ Tribunale della Salute ☐ AVULSS ☐ altro	Modalità della segnalazione: ☐ colloquio diretto ☐ contatto telefonico ☐ modulo prestampato ☐ lettera ☐ altro
	data _____ Firma dell'operatore _____	