

 Ospedale San Camillo - Trento		<b>UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO</b> <b>URP</b>	Inserito il ___/___/___ da
<b>CODICE</b>	<b>MOAQ 554</b>	<b>SCHEDA SEGNALAZIONI</b>	
<b>REVISIONE</b>	<b>1</b>		
<b>DATA</b>	<b>15/06/2015</b>		
<b>PAGINA</b>	<b>1 di 1</b>		

Gentile Signora, Egregio Signore,\*

con questa scheda Lei ha l'opportunità di esprimere suggerimenti/osservazioni o presentare reclamo per eventuali disservizi, atti e/o comportamenti che ritiene neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni di assistenza o al contrario elogi per prestazioni o attenzioni ricevute.

La presente scheda deve pervenire entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui ha avuto conoscenza o è stato oggetto di un comportamento o atto ritenuto lesivo dei Suoi diritti o che ritenga utile segnalare.

La completezza dei dati richiesti, compreso il riferimento telefonico, è necessaria al fine di poter procedere alla risoluzione del problema e quindi rimuovere l'eventuale disservizio segnalato. Le segnalazioni anonime saranno comunque valutate per il miglioramento dei servizi offerti dalla nostra struttura. Sarà garantito il massimo riserbo sulle informazioni ricevute. La ringraziamo per la Sua collaborazione.

**TIPOLOGIA**                     Apprezzamento/Ringraziamento/Elogio             **RECLAMO/Rilievo**  
**SEGNALAZIONE:**             Suggerimento/Proposta

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome\* \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ (precisare, se possibile, eventuali fasce orarie di maggiore reperibilità)

\* parente/delegato da \_\_\_\_\_

\* Associazione di Volontariato/Tutela dei Diritti dei Cittadini: \_\_\_\_\_

\* in caso di persona delegata allegare copia del documento di identità (valido) del delegante

**Segnala quanto segue (compilare tutti i campi):**

**Reparto o Servizio oggetto della segnalazione:** \_\_\_\_\_

**Luogo dell'evento:** \_\_\_\_\_

**Data/ora evento da segnalare:** \_\_\_\_\_

**Descrizione evento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per le finalità istituzionali connesse alle verifiche conseguenti la gestione delle segnalazioni, autorizzo altresì con la presente l'Ospedale San Camillo di Trento ad utilizzare i miei dati ai sensi del D.Lgs 196-2003 e s.m.i.

Data segnalazione \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_