

RECLAMI E SUGGERIMENTI E DEI PAZIENTI
(O DI CHI NE FA LE VECI)



Rif. ISO 9001:2015

Rif. Reg. 3 del 31 luglio 2006

Rif. Procedura

ART. 16-17-18-19-44

P.GDC

Rev. 00
DATA : 10/02/2023
Pagina 1 di 1

Cognome e nome dell'Utente _____

Se desidera che la risposta o ogni altra comunicazione relativa al suggerimento/reclamo sia inviata per iscritto a Lei o ad un'altra persona, indichi qui di seguito il recapito:

Cognome e nome _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____

IL SUGGERIMENTO/RECLAMO RIGUARDA (segnare con una X la casella che interessa)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carenze della struttura | <input type="checkbox"/> Erogazione della prestazione |
| <input type="checkbox"/> Operato/Comportamento del personale sanitario | <input type="checkbox"/> Orari prestazione |
| <input type="checkbox"/> Operato/Comportamento del personale amministrativo | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Descriva qui sotto cosa è accaduto ed il motivo del Suo reclamo/suggerimento:

È la prima volta che fa questo reclamo/suggerimento? Sì No

- Se la Sua risposta è stata No:
- la precedente risposta non è stata chiara/completa
 - il problema non è stato ancora risolto
 - il problema si è ripresentato

Data _____ Firma dell'Utente _____

Informativa ai sensi del REG UE 2016/679 e del D. Lgs. 101/2018

La informiamo che la sua spontanea fornitura di informazioni di natura personale attraverso il presente modello non necessita di alcun esplicito consenso. I suoi dati saranno trattati esclusivamente con le finalità di gestire il reclamo da lei formulato e inviarle opportuno riscontro giusta conoscenza e competenza. I dati relativi al reclamo saranno archiviati per 5 anni allo scopo di monitorare l'andamento nel tempo e perseguire il miglioramento organizzativo. Al termine dei 5 anni i dati personali associati al reclamo saranno tutti cancellati, mentre potranno persistere i contenuti del reclamo in altra documentazione interna, senza alcuna associazione con il reclamante

SPAZIO RISERVATO AL CENTRO

Analisi delle cause:

Provvedimenti:

Comunicazioni all'utente:

Data _____ Firma del Responsabile _____