



**SCHEDA SEGNALAZIONE RECLAMO**

**ALL'UFFICIO ACCOGLIENZA/SEGR. DIREZIONE SANITARIA**

**L'utente dopo aver compilato la presente scheda può:**

- consegnarla direttamente all'Ufficio preposto
  - inviarlo tramite fax /mail
- Tel. 06 656565 Fax 066551191**

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

In qualità di:  Utente  Familiare  Tutore Legale  Operatore  Altro \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'utente (se diverso dal segnalante) \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE RECLAMO**

(circoscrivere i fatti indicando reparto, modalità, eventuale personale coinvolto)

il giorno _____	alle ore _____	Presso _____
-----------------	----------------	--------------

**Si è verificata la seguente situazione,**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Con riferimento al D.lgs. N° 196 del 30 giugno 2003, in materia di protezione dei dati personali, il sottoscritto autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati relativamente alle operazioni necessarie alla gestione della segnalazione. I dati dovranno essere trattati garantendo i diritti di cui all'articolo 7 del D.lgs.196/2003.**

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Firma di chi segnala: \_\_\_\_\_

**Campo di competenza SEGR. DIREZIONE SANITARIA**

Data \_\_\_\_\_ N. Reclamo \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_