



MODULO UNICO REGIONALE PER COMUNICAZIONI UTENTE - URP SANITÀ

Tipologia di contatto: ☐ Elogio ☐ Suggerimento ☐ Reclamo ☐ Richiesta Informazioni

Ho letto e accetto l'informativa in materia di protezione dei dati personali dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico ☐

DATI ANAGRAFICI DEL SEGNALANTE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il ____/____/____ a _____
Codice Fiscale _____
Residente in Via / Piazza _____ n. _____
Comune _____ Provincia _____
Telefono _____ e-mail _____ @ _____

La comunicazione è fatta a nome e per conto di altri? ☐ SÌ (compilare parte sottostante) ☐ NO

DATI ANAGRAFICI DELL'INTERESSATO (obbligatorio se diverso dal segnalante)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il ____/____/____ a _____
Codice Fiscale _____
Residente in Via / Piazza _____ n. _____
Comune _____ Provincia _____
In qualità di (relazione con il segnalante) _____
Genitore; Figlio/a; Partner; Altro familiare; Volontario o ass. volontariato; Altro: amico, vicino di casa, conoscente
☐ Allegare documento d'Identità dell'interessato.

Compilare la delega sottostante o allegare l'autocertificazione dello stato di tutore in caso l'interessato sia un figlio minore, un amministrato o un soggetto tutelato.

☐ Allegare autocertificazione

Il/la sottoscritto/a (soggetto interessato) _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____

DELEGA il sig. _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____

a presentare la comunicazione, a rappresentare l'interessato nell'azione di tutela e a ricevere risposta in merito.

Luogo e data _____ Firma del delegante _____

OGGETTO DELLA COMUNICAZIONE

Struttura/luogo in cui si è verificato l'evento oggetto della comunicazione: _____

Data evento oggetto della comunicazione (nel caso di una sequenza di eventi riportare la data di inizio): ____/____/____

Descrivere di seguito l'oggetto della comunicazione.

Cosa si richiede all'Azienda? (solo in caso di richiesta informazioni e reclamo)

Allegare eventuali documenti a supporto della comunicazione

Le comunicazioni recanti insulti, ingiurie, minacce o qualsiasi altra forma di offesa sono esclusi dall'attività istruttoria e sono trasmessi ai competenti uffici al fine di garantire la tutela dei soggetti offesi e del decoro degli enti del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

Luogo e data _____ **Firma del segnalante** _____

A cura dell'operatore

Codice prestazione _____ **Descrizione prestazione** _____

_____ **Priorità** _____ **N sollecito** _____

Note _____