Il/la sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ Loc./Via/ Piazza _____n° _

Provincia _____ Cap _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Presenta in data odierna:

☐ **RECLAMO** - *segnalazione formale di disservizio, sottoscritta; in caso di reclamo i dati anagrafici sono obbligatori.*

☐ **SEGNALAZIONE** - *suggerimento utilizzato ai fini del miglioramento dell'Organizzazione. Se presenti i dati anagrafici di chi segnala, verrà comunque fornita una risposta scritta da parte di A.C.I.S.M.O.M.*

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

EVENTO ACCADUTO IN DATA: _____ PRESSO LA SEGUENTE STRUTTURA SANITARIA A.C.I.S.M.O.M.:

☐ OSPEDALE ☐ POLIAMBULATORIO OSPEDALE ☐ POLIAMBULATORIO EUR

☐CAD NEGRO ☐CAD TOGLIATTI ☐CAD CONCORDIA

☐CAD LATINA ☐CAD VITERBO ☐ POLAMBULATORIO GENOVA

Reparto/Servizio/Ufficio _____

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Dichiaro di prestare il mio consenso al trattamento dei dati personali necessari per la gestione di questo reclamo/segnalazione. Sono a conoscenza che i miei dati personali saranno trattati da A.C.I.S.M.O.M. in accordo a quanto prescritto dal Regolamento UE 2016/679.

Roma, _____ Firma _____

© ACISMOM - All rights reserved – E' vietata ogni riproduzione non autorizzata del documento.

Se il documento viene stampato, la copia cartacea non è più un documento soggetto a controllo a meno che non né venga assicurata una gestione controllata.
Verificarne la validità consultando il sito Intranet aziendale.

SPAZIO A CURA DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)

Segnalazione ricevuta il _____ Protocollo N° _____

Il reclamo accettato: ☐ SI ☐ NO

MOTIVAZIONE DEL RIFIUTO

_____

_____

_____

_____

Il reclamo è risultato di competenza dell'Area: ☐ Amministrativa ☐ Sanitaria

Reclamo è stato comunicato via email il _____ a:

☐ Direzione Generale ☐ Direzione Amministrativa ☐ Direzione Sanitaria

Tipologia di reclamo

☐ Organizzativo ☐ Relazionale ☐ Alberghiero, comfort ☐ Tecnico professionale ☐ Misto

Decisione operativa

_____

_____

_____

_____

_____

_____

La decisione è stata anticipata all'utente ☐ SI ☐ NO in data_____ tramite:

☐ colloquio diretto ☐ colloquio telefono ☐ e_mail

Possibile rilevanza legale del reclamo? ☐ SI ☐ NO; attivato Ufficio legale il _____

Inviata risposta conclusiva del reclamo all'utente: data _____ Protocollo _____

Il reclamo è stato chiuso in data: _____ Firma URP _____

(stampare fronte/retro)

© ACISMOM - All rights reserved – E' vietata ogni riproduzione non autorizzata del documento.
Se il documento viene stampato, la copia cartacea non è più un documento soggetto a controllo a meno che non né venga assicurata una gestione controllata.
Verificarne la validità consultando il sito Intranet aziendale.