

**DA COMPILARE A CURA DELL'URP**

SCHEDA URP N. \_\_\_\_\_ fascicolo \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

sportello     
  lettera     
  telefono     
  fax     
  e.mail

<b>Codice Tipologie</b>	<b>STRUTTURA/UNITA' OPERATIVA</b>
_____	_____ R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
_____	_____ R <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
_____	<b>TIPOLOGIA</b> (descriz. sintetica)
_____	_____
_____	_____

EVENTO SENTINELLA  (cod. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16)

DATA CHIUSURA CASO \_\_\_\_\_

DATA IN CASO DI ARCHIVIAZIONE \_\_\_\_\_  anonimato  risarcimento  segnalazione impropria  altro \_\_\_\_\_

FONDATEZZA:       fondato       parzialmente fondato       non fondato

**DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE (TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI) DATA \_\_\_\_\_**

**SEGNALANTE** (in caso non fosse il paziente)     M     F (specificare il rapporto con il paziente) \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**DIRETTO INTERESSATO**       M       F

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**UNITA' OPERATIVA** (in cui si sono svolti gli eventi) \_\_\_\_\_

**DATA** (in cui si sono svolti gli eventi) \_\_\_\_\_

Si prega di descrivere in dettaglio quanto Lei vuole esprimere:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami dovranno essere presentati **entro 15 giorni** dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti in armonia con il disposto dell'art. 14, comma 5, del Decreto legislativo 502/92, come modificato dal Decreto Legislativo 517/93.

**Informativa sulla privacy** - Dichiaro di essere a conoscenza dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e autorizzo il trattamento degli stessi, anche sanitari, necessari alla risoluzione del problema sanitario. L'informativa completa può essere consultata nel sito web aziendale - privacy- al seguente link: <http://www.aopd.veneto.it/sez,82>

**Allego copia di documento di identità in corso di validità.**

Firma

I fatti sopradescritti riguardano me stesso  altra persona

Nel caso in cui i fatti descritti riguardino altra persona, la segnalazione deve essere corredata di espressa delega, oppure è possibile utilizzare lo spazio qui sotto predisposto, allegando copia di documento di identità del delegante e del delegato, ai sensi del D.P.R. 445/2000

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**DELEGO**

Il sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**A PRESENTARE SEGNALEZIONE SCRITTA PER MIO CONTO  
ALL'URP DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante

Firma del delegato