

## MODULO UNICO REGIONALE PER COMUNICAZIONI UTENTE - URP SANITA'

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

Autorizzo al trattamento dei dati  SI  NO

### 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?  SI ( 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** \_\_\_\_\_