

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 <u>DEL SEGNALANTE</u>	
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) _____	
Es. genitore; figlio/a; partner; amico, rappresentato da organizzazione di volontariato, ecc	
<input type="checkbox"/> Allegare documento d'Identità dell'interessato.	

Compilare la delega sottostante o allegare l'autocertificazione dello stato di genitore avente la responsabilità genitoriale o di tutore o di amministratore di sostegno (con poteri specifici) nel caso il diretto interessato sia, rispettivamente, un figlio minore o un tutelato o un amministrato.

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 _____