



**Modulo Segnalazione di disfunzioni, suggerimenti e reclami**

Ufficio Relazioni con il Pubblico

n° progressivo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Modalità di Reclamo:  Verbale  
 Telefonico  
 Con allegata del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Consenso al trattamento dei dati raccolti  **SI**  **NO\***

\* Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30.6.2003 (Codice Privacy) si precisa che le informazioni contenute in questo modulo sono riservate e ad uso esclusivo dell'utente che segnala. Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati impedirà la risposta alla sua segnalazione

**Dati anagrafici\*\***

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\*\*La preghiamo di compilare tutti i campi ai fini dell'istruttoria della pratica e della gestione statistica delle segnalazioni.

Descrizione della segnalazione:

Firma dell'utente \_\_\_\_\_

---

***La compilazione delle parti successive è a cura del responsabile dell'istruttoria***

Ricevuto il \_\_\_\_\_ dall'operatore dell'Uff. Relazioni con il Pubblico : \_\_\_\_\_

Responsabile dell'istruttoria: \_\_\_\_\_

Per la risposta all'utente si trasmette la segnalazione a:

- Direttore SC \_\_\_\_\_
- Direttore SITRA
- Direttore SC Qualità e Risk Management
- \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Analisi della causa della segnalazione:

---

---

---

Codifica ASL:

---

---

### Azioni/Comunicazioni

A seguito della segnalazione dell'Utente si è proceduto a: (descrivere le attività effettuate) \_\_\_\_\_

---

---

---

La risposta all'Utente è stata inviata in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ n°prot. \_\_\_\_\_

da effettuarsi entro il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Responsabile dell'istruttoria \_\_\_\_\_

Lettera firmata da \_\_\_\_\_

---

### Esito delle azioni/comunicazioni

A seguito della comunicazione l'Utente ha contro risposto ancora? SI  NO

Se Si in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

A seguito della segnalazione è stata necessaria un'azione correttiva? SI  NO

Se Si Azione Correttiva n° \_\_\_\_\_

Esito Azione Correttiva e/o Azione Preventiva: OK  non OK

Occorre una nuova Azione Correttiva? SI  NO

Rapporto azione correttiva n° (riportare lo stesso n° del rapporto di Non Conformità) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma del RQ \_\_\_\_\_