



MGC.URP.01  
Rev.0 marzo 2023

### Ufficio Relazione col Pubblico (U.R.P.) - SEGNALAZIONE DA UTENTE

Gentile utente, potrà inserire il questionario compilato nell'apposita casella di raccolta presente presso l'Ambulatorio oppure potrà consegnarlo all'ufficio URP, al centralino o inviarlo all'indirizzo e-mail [urp.pessano@dongnocchi.it](mailto:urp.pessano@dongnocchi.it)

Presentante: Cognome Nome <hr/>	Ricevente: Cognome Nome <hr/>
Luogo e data di nascita: <hr/>	Relazione con l'assistito (se il segnalante non è l'assistito) <hr/>
Professione: <hr/>	Scolarità: <hr/>
Residenza (Via e n°): <hr/>	Città e C.A.P.: <hr/>
L'esponente chiede una risposta <u>(che sarà inviata entro 30 gg dalla presentazione/registrazione della segnalazione):</u> <input type="checkbox"/> telefonica <input type="checkbox"/> scritta <input type="checkbox"/> via e-mail <input type="checkbox"/> nessuna	Riferimento Telef. /e-mail: <hr/>
Segnalazione: <hr/> <hr/>	





**Riservato al personale dell'URP** - *Compilazione a cura di chi riceve la comunicazione*

<b>Tipo di segnalazione</b>	<b>Modalità di presentazione</b>
<input type="checkbox"/> Disfunzione	<input type="checkbox"/> Telefonica
<input type="checkbox"/> Suggerimento/proposta	
<input type="checkbox"/> Reclamo	<input type="checkbox"/> Verbale
<input type="checkbox"/> Elogio	
<input type="checkbox"/> Richiesta informazione	<input type="checkbox"/> Scritta
<b>UdO/Servizi interessati</b>	<b>Operatori interessati</b>
<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> Medico
<input type="checkbox"/> Cure Intermedie	<input type="checkbox"/> Infermiere
<input type="checkbox"/> Ufficio Ricoveri	<input type="checkbox"/> ASA/OSS
<input type="checkbox"/> Ciclo Diurno Continuo (CDC)	<input type="checkbox"/> Educatore Professionale
<input type="checkbox"/> Sportelli Accettazione	<input type="checkbox"/> Terapista della Riabilitazione o Tecnico
<input type="checkbox"/> Riabilitazione Ambulatoriale Adulti	<input type="checkbox"/> Amministrativo
<input type="checkbox"/> Riabilitazione Ambulatoriale NPI	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Ambulatorio periferico di _____	
<input type="checkbox"/> Altro	

Classificazione reclamo/encomio  (come da DGR. VII/8504 del 22.03.2002)

Allegati n.

Data

Firma (**Compilatore/Operatore URP**): \_\_\_\_\_