Ufficio Relazione col Pubblico (U.R.P.)

SEGNALAZIONE DA UTENTE

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

Segnalazione:

Data _____ *Firma del segnalante:* _____

I presenti dati, trattati con la protezione prevista dal Regolamento UE 679/2016, saranno utilizzati esclusivamente per finalità di miglioramento del servizio e delle relazioni con gli utenti, anche qualora dovessero essere comunicati a terzi. Le segnalazioni anonime verranno utilizzate unicamente a fini statistici.

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

Tipo di segnalazione	***Modalità di presentazione***
• **Disfunzione** • **Suggerimento/proposta** • **Reclamo** • **Elogio** • **Richiesta informazione**	• Telefonica • Verbale • Scritta
Strutture interessate	**Operatori interessati**
• **Struttura di degenza** • **Ufficio Ricoveri** • **Ambulatorio** • **Servizi Socio Educativi (CDI)** • **Sportelli Accettazione/Ritiro Referti –SUA-** • **Riabilitazione Ambulatoriale** • **Riabilitazione Domiciliare** • **Altro**	• Medico • Infermiere • Terapista della Riabilitazione o Tecnico • Asa/Oss • Educatore Professionale • Amministrativo • Altro

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

Protocollo n. _|_|_|_/ |_|_|/ |_|_|_|_| Allegati n. _|_|_|

Data _|_|/ |_|_|/ |_|_|_|_|

Firma **(Compilatore/Operatore URP):** _____