



MODULO SEGNALAZIONI / OSSERVAZIONI / RECLAMI / ENCOMI

DATI DEL SEGNALANTE				
Nome e Cognome del Segnalante:				
Indirizzo:				
Genere:	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Età:	Professione:	Scolarità:
Recapito Telefonico:		Email:		
SEGNALAZIONE PER CONTO DI:				
<input type="checkbox"/> Per sé stesso	<input type="checkbox"/> Per conto di:		(Nome – Cognome)	
	Relazione di parentela o altro:			
	Altre informazioni utili:			
UNITA' COINVOLTA/E				
UO/Ambulatorio/Reparto /Servizio			Nucleo / Piano:	
TIPOLOGIA CONTATTO				
<input type="checkbox"/> Reclamo		<input type="checkbox"/> Diservizio		<input type="checkbox"/> Suggerimento/Richiesta
<input type="checkbox"/> Segnalazione		<input type="checkbox"/> Ringraziamento/Encomio		
Contatto in forma:	<input type="checkbox"/> Verbale/telefonica		<input type="checkbox"/> Nota Scritta	<input type="checkbox"/> e-mail
OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE / OSSERVAZIONE / RECLAMO				
(specificare date, luoghi, persone coinvolte ed ogni altra informazione utile alla esatta ricostruzione dei fatti)				
<p><i>Il sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali solo ed esclusivamente nell'ambito della procedura riferita al presente reclamo e/o segnalazione ai sensi dell'art. 13 L.196/2003. La privacy policy di Fondazione è disponibile all'indirizzo www.dongnocchi.it/privacy</i></p>				
Data:	Firma del Segnalante:			

Ha il diritto di non conferire tutti o alcuni dei dati richiesti e chiedere la rettifica e cancellazione degli stessi. Il mancato consenso impedirà di dare esecuzione a tutte le attività previste a seguito del reclamo; IN OGNI CASO, SEGNALAZIONI ANONIME, NON ADEGUATAMENTE CIRCOSTANZIATE, PRIVE DI RECAPITI, POTREBBERO NON ESSERE CONSIDERATE VALIDE PER L'AVVIO DI ISTRUTTORIA E CONFERIMENTO DI ADEGUATA RISPOSTA. Il modulo può essere consegnato direttamente all'URP o inviato in copia scansionata all'indirizzo email sotto riportato, allegando documento di identità. I riscontri saranno forniti entro il termine massimo di 30 giorni.

COMPILAZIONE A CURA DELL'URP				
Data ricezione reclamo:		Il reclamo viene preso in carico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Firma Responsabile / Referente URP
Data Valutazione:		In caso di non presa in carico, indicare il motivo:		

MODULO SEGNALAZIONI / OSSERVAZIONI / RECLAMI / ENCOMI

ANALISI DEL PROBLEMA E DEFINIZIONE DELLE AZIONI NECESSARIE

Identificativo / Protocollo Procedimento:		<input type="checkbox"/> Abbreviato	<input type="checkbox"/> Esteso / Istruttoria
--	--	-------------------------------------	---

Procedimento Abbreviato

Descrizione delle azioni intraprese:

Data:

Firma Responsabile / Referente URP:

Procedimento Esteso / Istruttoria

Unità Organizzative / Personale Coinvolti:

Analisi del reclamo e azioni proposte per la risoluzione del problema (allegare eventuale documentazione / relazioni):

Data:

Firma Responsabile / Referente URP:

<i>L'URP / Centro ritengono adeguata la risposta all'utente?</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>L'utente si dichiara soddisfatto della risposta ricevuta?</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<i>Se utente non soddisfatto, opportuno ulteriore approfondimento?</i>	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

Descrizione delle azioni intraprese per ulteriore approfondimento:

1

Firma Responsabile / Referente URP:

Chiusura Segnalazione / Reclamo					Data Chiusura: _____	
Classificazione Reclamo:	<input type="checkbox"/> Informazione / Aspetti Strutt.	<input type="checkbox"/> Accessibilità	<input type="checkbox"/> Relazione	<input type="checkbox"/> Aspetti strutt. /comfort	<input type="checkbox"/> Umanizzazione/ Privacy	
	<input type="checkbox"/> Prestazioni	<input type="checkbox"/> Asp. Economici	<input type="checkbox"/> Rilascio Referti/ Doc. Clinica	<input type="checkbox"/> Contenzioso	<input type="checkbox"/> Encomio	
	<input type="checkbox"/> Altro	Firma Responsabile / Referente URP per Chiusura				