



MODULO SEGNALAZIONI / OSSERVAZIONI / RECLAMI / ENCOMI

DATI DEL SEGNALANTE

Nome e Cognome del Segnalante:				
Indirizzo:				
Genere:	<input checked="" 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"/> Disservizio	<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)

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

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:		