



MODULO RECLAMO/SEGNALAZIONE UTENTE

(Compilazione a cura della struttura)

- ☐ Di persona
- ☐ Telefonico
- ☐ Mail
- ☐ PEC
- ☐ Altro _____

Data ricezione _____ Operatore che riceve _____

Numero protocollo reclamo _____

DATI DEL SEGNALANTE

(Compilazione a cura dell'utente)

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Telefono _____

Mail _____ Via San Monte - Località San Felice -
37031 Illasi (VR)



EVENTO OGGETTO DI RECLAMO

Data in cui è avvenuto l'evento _____

Descrizione del reclamo

(Descrivere in modo chiaro e dettagliato quanto accaduto)

RICHIESTA AL POLIAMBULATORIO

Specificare cosa si desidera ottenere

Firma utente _____ Data _____



INFORMATIVA PRIVACY

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy e autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Firma _____

DELEGA (SE IL RECLAMO È PRESENTATO DA TERZI)

Il sottoscritto _____

Data di nascita _____

Documento di identità _____ n. _____

Rilasciato da _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____

Data di nascita _____

Documento di identità _____ n. _____

Rilasciato da _____

A presentare la presente segnalazione per mio conto.

Data _____ Firma delegante _____
(Allegare copia documento di identità)



PARTE RISERVATA ALLA STRUTTURA

Classificazione reclamo

- ☐ Organizzativo
☐ Sanitario
☐ Amministrativo
☐ Comportamentale
☐ Altro _____

Gravità:

- ☐ Bassa ☐ Media ☐ Alta

Azioni intraprese

Esito della valutazione

Data risposta all'utente _____

Firma SGR / RSGQ _____

Firma Direttore Sanitario _____