



SEGNALAZIONE

Tutto il personale aziendale opera all'interno dell'organizzazione con il massimo impegno al fine di garantirLe il miglior servizio. Possono tuttavia verificarsi situazioni di disagio che La invitiamo a segnalare (mediante osservazione o reclamo) con il presente modulo così che le Sue indicazioni diventino per noi fonte di miglioramento. Nel caso in cui, invece, desideri esprimere il suo apprezzamento, può farlo barrando la voce "encomio". I reclami presentati per iscritto riceveranno risposta scritta entro 30 gg.

Tipologia

(selezionare un solo valore)

 RECLAMO OSSERVAZIONE ENCOMIO**PRESIDIO**

(selezionare un solo valore)

- Ospedale di Lecco
 Ospedale di Merate
 Ospedale di Bellano

SEDI TERRITORIALI

- | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Calolziocorte | <input type="radio"/> Costamasnaga | <input type="radio"/> Galbiate |
| <input type="radio"/> Oggiono | <input type="radio"/> Olginate | <input type="radio"/> Valmadrera |
| <input type="radio"/> Casatenovo | <input type="radio"/> Colico | <input type="radio"/> Introbio |
| <input type="radio"/> Mandello | <input type="radio"/> Lecco | <input type="radio"/> Merate |
| <input type="radio"/> Cernusco Lombardone | | |

Luogo ove si è verificato l'evento:(nome del **Reparto, Ambulatorio, Consultorio o altro**)**Segnalante**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita gg mm anno C.F.

Recapito postale: via _____ n° _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

* Telefono _____ * Cell. _____ * E-Mail _____

* Recapiti presso cui potrà essere contattato per eventuali chiarimenti, informazioni o per l'invio della risposta alla presente segnalazione, se prevista. Indicare i numeri di telefono senza spazi o punteggiature.

in qualità di: Diretto interessato Delegato**Se delegato, prego inserire dati Paziente**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita gg mm anno

Le ricordiamo, che ai sensi del D.lgs. 196/2003, nel caso in cui avesse presentato un reclamo per conto terzi, potrà ricevere risposta scritta solo previo invio della delega del diretto interessato, con allegata copia dei documenti d'identità di delegato e delegante. Può scaricare l'apposito modulo dalla pagina URP del sito internet dell'Azienda Ospedaliera www.asst-lecco.it

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE:

[Empty box for reporting reason]

AUTORIZZO, ai sensi dell'art. 13 e 79 del D.lgs. 196 del 30/06/2003, l'Azienda Ospedaliera al trattamento dei dati personali e sensibili miei (o della persona che rappresento) per fini amministrativi nel rispetto della privacy conformemente a quanto disciplinato dall'art. 7, 8 e 9 del suddetto Decreto.

La segnalazione da Lei compilata può essere consegnata o inviata tramite fax o e-mail ad uno dei seguenti Uffici Relazioni con il Pubblico:

Ufficio Relazioni con il Pubblico, via dell'Eremo, 9/11, 23900 **Lecco** tel. 0341/489105 fax 0341/489104
email: urp@asst-lecco.it

Ufficio Relazioni con il Pubblico, via Carlo Alberto, 25, 23822 **Bellano (LC)** tel. 0341/829206 fax 0341/821115
email: urp.bellano@asst-lecco.it

Ufficio Relazioni con il Pubblico, largo Mandic, 1, 23807 **Merate (LC)** tel. 039/5916431 fax 039/5916420
email: urp.merate@asst-lecco.it

Data

Firma
(in caso di presentazione non in forma elettronica)

SPAZIO RISERVATO ALL'URP

NUM. PRATICA

Classificazione _____

Inviato alla Struttura: _____

Risposta verbale dell'URP all'utente: _____