

Gentile Utente, può compilare questo modulo per avanzare eventuali reclami volti a segnalare disservizi, problemi, difficoltà, oppure per inviare suggerimenti, proposte e consigli. Compilare tutti i campi per inoltrare correttamente la richiesta. I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Dati Anagrafici dell'Utente (Allegare documento)

Nome e Cognome* _____
Luogo e Data di Nascita _____
Codice fiscale _____
Residenza via _____ Comune _____ (____)
Telefono _____ E-mail* _____

Dati Segnalazione

Motivo della segnalazione: Reclamo Suggerimento

Per quale servizio? Accettazione Prestazioni Referti

Data evento segnalato* _____

Descrizione del reclamo/suggerimento* (allegare eventuale documentazione a supporto) _____

Dichiaro di essere consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

Le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono trattati nel rispetto della normativa sulla privacy a cui è tenuta l'Azienda, come esplicitato nella "Carta Servizi" pubblicata su www.sanserafino.it e affissa nei locali di maggior afflusso dell'Utenza.

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016, Accetto i termini e le condizioni *Privacy policy* e autorizzo al trattamento dei miei dati personali sopra riportati ai fini della gestione della presente segnalazione.

fine modulo

Data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)

Il presente modulo potrà essere inviato all'indirizzo e-mail amministrazione@sanserafino.it, oppure consegnato personalmente presso gli Uffici di Accettazione della struttura. Il Laboratorio si impegna a fornire riscontro scritto in merito al presente reclamo entro il tempo massimo di 30 giorni lavorativi, a partire dalla data di registrazione della segnalazione, prendendosi il tempo per fare un'adeguata raccolta dati.

La ringraziamo in anticipo per il Suo contributo e per la collaborazione volta a rendere migliore il nostro servizio.

Spazio riservato alla Direzione Sanitaria

Protocollo N.: _____

Segnalazione ricevuta il _____

Firma Responsabile di Gestione _____

Mezzo di segnalazione: Colloquio Telefonata E-mail

Analisi della Segnalazione: _____ Data _____

Esito della Segnalazione: _____ Data _____

Il Reclamo è considerato: Infondato/ingiustificato (chiusura) Fondato/giustificato (NC N. _____) (AC N. _____)

Motivo della decisione: _____

Il Suggerimento è considerato: Infondato/ingiustificato (chiusura) Fondato/giustificato (AM N. _____)

Motivo della decisione: _____

Comunicazione di Risposta: _____ Data _____

Segnalazione chiusa il _____

Firma del Direttore del Laboratorio _____