



---

---

---

► **Che cosa chiede all'azienda**

---

---

---

► **Descriva la sua proposta di miglioramento**

---

---

---

**IMPORTANTE:** sono accettate le segnalazioni presentate entro 15 giorni dalla data dell'episodio segnalato (Art.14 comma 5 D.Leg.vo.502/92 e successive modifiche). Sono presi in esame anche i reclami presentati dopo la scadenza di tale termine, comunque non oltre 3 mesi, qualora il ritardo sia giustificabile in base alle condizioni ambientali e personali della persona soggetta a tutela.

Ai sensi della normativa sulla privacy autorizzo l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati sopra riportati esclusivamente per l'approfondimento dei fatti segnalati.

**data** \_\_\_\_\_ **firma** \_\_\_\_\_

► **Reclamo**

**Suggerimento**

**Elogio**

► **Il/La sottoscritto/a**

**Nome** \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_

**n. telefono** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_





► Reclamo	<input type="checkbox"/>
Suggerimento	<input type="checkbox"/>
Elogio	<input type="checkbox"/>

► Il/La sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**La preghiamo di descrivere l'episodio che ha dato origine alla sua segnalazione specificando:**

►  Sono stato protagonista dell'evento segnalato

Segnalo per conto di altra persona

Altra persona: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_

Eventuale grado di parentela \_\_\_\_\_

Possesso di delega    si  no

**IMPORTANTE:** sono accettate le segnalazioni presentate entro 15 giorni dalla data dell'episodio segnalato (Art.14 comma 5 D.Leg.vo.502/92 e successive modifiche). Sono presi in esame anche i reclami presentati dopo la scadenza di tale termine, comunque non oltre 3 mesi, qualora il ritardo sia giustificabile in base alle condizioni ambientali e personali della persona soggetta a tutela.

Ai sensi della normativa sulla privacy autorizzo l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati sopra riportati esclusivamente per l'approfondimento dei fatti segnalati.

