……

……

……

……...

……...

……...

……

……

Per le finalità istituzionali connesse alle verifiche conseguenti la gestione delle segnalazioni, autorizzo altresì con la presente l'ASL Roma 5 ad utilizzare i miei dati ai sensi del Regolamento Europeo n. 67972016

Data ……

Firma ……..……..

Regione Lazio
Azienda Sanitaria Locale ROMA 5
www.aslroma5.it
Email urp@aslroma5.it
Via Acquaregna nn. 1/15 00019 Tivoli (RM)
URP e Comunicazione

POSTAZIONE LOCALE DI_____ Tel. _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

REGIONE LAZIO

SCHEDA SEGNALAZIONI

URP e Comunicazione

Gentile signora,
Egregio signore,

Con questa scheda ha l'opportunità di esprimere i suoi suggerimenti e le sue osservazioni, o presentare reclamo per eventuali disservizi o atti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza.
Si avverte che la presente scheda deve pervenire entro 15 giorni dal momento in cui ha avuto conoscenza o è stato oggetto di un comportamento lesivo dei suoi diritti.
E' importante che questa scheda sia da Lei compilata e firmata al fine di poter procedere alla risoluzione del suo problema e quindi rimuovere l'eventuale disservizio segnalato.
Sarà garantito il massimo riserbo sulle informazioni ricevute.

Grazie

La Direzione Aziendale

Tipologia della segnalazione

☐ elogio ☐ suggerimento ☐ reclamo ☐ richiesta d'aiuto

Data..... Prot.....

Resp.le territoriale.....

Sig./ Sig.ra .....

Nata/o a ..... il .....
.
residente in .....Prov.....CAP.....

Via .....n° .....

Tel. .....

E-mail.

.....

Struttura Sanitaria in cui è stato individuato il caso.

.....

Oggetto della Segnalazione
È importante che la segnalazione riporti data, luogo, tipo di problema incontrato ed ogni altra informazione ritenuta utile.

.....

.....

.....