

MODELLO PUBBLICA TUTELA ⁷

RECLAMO/DENUNCIA ⁶ ☐

SEGNALAZIONE ⁶ ☐

OPPOSIZIONE ⁶ ☐

RICHIESTA DI INFORMAZIONI ⁵ ☐

RICHIESTA DI AIUTO ⁶ ☐

SUGGERIMENTO /PROPOSTA ⁵ ☐

RINGRAZIAMENTO, ELOGIO ⁵ ☐

PRESENTATO DA (compilare in stampatello) ¹

² IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NAT _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N _____

CONTATTO TELEFONICO _____ EMAIL _____

☐ Diretto interessato ☐ altro ³ (specificare il rapporto/parentela) _____
di _____

LUOGO IN CUI SI È VERIFICATO L'EVENTO

☐ Presidio

Reparto/ambulatorio

☐ Ospedale

Reparto/ambulatorio

☐ Dipartimento

DATA DELL'EVENTO

DESCRIZIONE E OGNI ALTRA INFORMAZIONE UTILE ⁴

Data _____ Firma _____

¹ Entro 15 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento.

² I reclami e le segnalazioni anonime o privi di accertamento dell'identità del reclamante, se presentano aspetti rilevanti, sono comunque trattati per la verifica dei fatti evidenziati e l'eventuale adozione delle misure idonee ad evitare o eliminare le criticità.

³ Utilizzare il modello delega riportato e allegare fotocopia del documento di identità del delegante e delegato.

⁴ In caso di spazio insufficiente aggiungere foglio integrativo.

⁵ La presentazione di richieste di informazioni, suggerimenti/proposte, ringraziamenti/elogi non prevede la trasmissione della copia del documento di identità.

⁶ Allegare copia del documento di riconoscimento.

⁷ Informativa sul trattamento dei dati personali disponibile su www.aslroma5.it/asl-roma-5-privacy-e-gdpr/