



## Ufficio Comunicazione e Relazioni con il Pubblico

Gentile Signora, Egregio Signore,

questa scheda è stata predisposta per agevolare il rapporto tra i nostri servizi ed i cittadini ed è a Sua disposizione per esporre critiche e rilievi circa i tempi, le procedure e le modalità di erogazione dei servizi da Lei richiesti.

Dopo la compilazione e la consegna al Servizio interessato o all'Ufficio relazioni con il Pubblico.

Tutte le segnalazioni che perverranno saranno attentamente esaminate e valutate e sarà nostra cura comunicarle, entro trenta giorni, il risultato degli accertamenti effettuati.

Nel caso in cui i dati personali riportati dal cittadino nel presente modulo non risultino veritieri (in caso di dichiarazioni mendaci - art 26 L.15/68 ) il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico non terrà conto in alcun modo del relativo reclamo.

### Segnalazione di disservizio

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Verbale    | <input type="checkbox"/> Telefonica           |
| <input type="checkbox"/> Con modulo | <input type="checkbox"/> Con lettera allegata |
| <input type="checkbox"/> Con e-mail |   |

Il sottoscritto.....

Residente a..... Via..... Tel.....  
e-mail.....

Il giorno.....

presso la struttura.....

Dichiara di aver rilevato il seguente disservizio riguardante:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informazione                     | <input type="checkbox"/> Rilascio referti documentazione clinica |
| <input type="checkbox"/> Prestazione inadeguata o mancata | <input type="checkbox"/> Accessibilità                           |
| <input type="checkbox"/> Problemi relazionali             | <input type="checkbox"/> Aspetti strutturali e comfort           |
| <input type="checkbox"/> Umanizzazione e Privacy          | <input type="checkbox"/> Aspetti economici                       |
| <input type="checkbox"/> Varie                            |  |

### Descrizione dell'episodio:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data.....

Firma.....

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti vengano trattati per finalità di gestione amministrativa dei reclami, nel rispetto del D.Lgs n.196 del 30 giugno 2003.

Data:.....

Firma.....

---

Parte riservata all'Ufficio

**Segnalazione ricevuta in data:** .....

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Verbale    | <input type="checkbox"/> Telefonica           |
| <input type="checkbox"/> Con modulo | <input type="checkbox"/> Con lettera allegata |
| <input type="checkbox"/> Con e-mail |   |

**Segnalazione classificata**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informazione                     | <input type="checkbox"/> Rilascio referti documentazione clinica |
| <input type="checkbox"/> Prestazione inadeguata o mancata | <input type="checkbox"/> Accessibilità                           |
| <input type="checkbox"/> Problemi relazionali             | <input type="checkbox"/> Aspetti strutturali e comfort           |
| <input type="checkbox"/> Umanizzazione e Privacy          | <input type="checkbox"/> Aspetti economici                       |
| <input type="checkbox"/> Varie                            |  |

Operatore.....