

U.O.S.D. Comunicazione Informazione Istituzionale Ufficio Relazioni con il Pubblico
Dirigente: dott.ssa Sonia Giausa
via Miglietta, 5 · 73100 Lecce
tel. 0832.215701
e-mail: urp@asl.lecce.it

SCHEDA PER L'ACQUISIZIONE DI RECLAMI/SEGNALAZIONI

n questo riquadro Le saranno chieste informazioni sull'evento che vuole se	gnalare. Le
raccomandiamo di non tralasciare dettagli. Grazie	
Per quanto Le è possibile indichi qui di seguito la Struttura, il Reparto, il Sc	ervizio, etc. dove si
ono svolti i fatti.	
Data ed orario	
Luogo (località)	
Reparto Ospedaliero	
Ambulatorio	
Servizio	
Sportello	
Altro Luogo	
Persone con le quali avete trattato (nome, funzione, n° di telefono)	
Descrizione dell'evento	

_	

_				
me per tutte le forme di p ndards qualitativi dell'Az Sua istanza non potrà aver	ienda comporta ass	sunzione di res _l	ponsabilità. For	nisca i dati richie
_				
COGNOME e NOME INDIRIZZO c.a.p. CITTA'(Provincia)				
indirizzo c.a.p. CITTA'(Provincia) Numero di telefono				
INDIRIZZO c.a.p. CITTA'(Provincia)				
indirizzo c.a.p. CITTA'(Provincia) Numero di telefono				

Di seguito avrà la possibilità di introdurre alcuni dati facoltativi. Essi saranno utilizzati nelle Statistiche Aziendali e Regionali. Grazie per la collaborazione Età Professione Titolo di sudio

Professione
Titolo di sudio

Autorizzazione al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 10, legge n. 675/96)

Autorizzo ad utilizzare i dati sopra riportati esclusivamente per l'approfondimento dei fatti segnalati ed ai fini statistici.

Data ______ FIRMA ______

La segnalazione del cittadino viene trasmessa a _______ il _____
Tramite: consegna sportello URP di _______ josta e-mail ______ |