



# AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 , 70123 BARI

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

NUMERI VERDI: 800.01.94.67 ( Bari )  
800.63.29.99 ( Altamura )  
800.73.43.28 ( Molfetta )



MODULO RECLAMI/SEGNALAZIONI/ELOGI

In questo riquadro le saranno chieste informazioni sull'evento che vuole segnalare. Le raccomandiamo di non lasciare spazi in bianco e di non tralasciare dettagli. Per quanto le è possibile indichi qui di seguito la Struttura, il reparto, il Servizio, ecc. dove si sono svolti i fatti. Grazie.

DATA ed ORARIO: \_\_\_\_\_

LUOGO (località): \_\_\_\_\_

REPARTO OSPEDALIERO: \_\_\_\_\_

AMBULATORIO: \_\_\_\_\_

SERVIZIO: \_\_\_\_\_

SPORTELLO: \_\_\_\_\_

ALTRO LUOGO: \_\_\_\_\_ PERSONE con le quali avete trattato: \_\_\_\_\_

(nome, funzione nr° di telefono): \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE dell'evento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

COSA CHIEDE

all'Azienda: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Come per tutte le partecipazioni attive, anche la Sua partecipazione al miglioramento degli standards qualitativi dell'Azienda comporta assunzione di responsabilità. Fornisca i dati richiesti o la Sua istanza non potrà avere seguito. Ciò è necessario anche per ricevere risposta.

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO: \_\_\_\_\_  
c.p.a. CITTA (provincia): \_\_\_\_\_  
Numero di telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

I

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 Studio: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

II

Autorizzazione al trattamento dei dati personali (ai sensi del D.Lgs. 196/03):

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 \_\_\_\_\_

L'Operatore \_\_\_\_\_