



Gentile utente,
ogni segnalazione sarà gradita poiché ci fornirà indicazioni utili per migliorare i servizi del Policlinico.
Grazie per la collaborazione.

ELOGIO ☐

RECLAMO ☐

RILIEVO ☐

SUGGERIMENTO ☐

(indicazione di disservizio)

(proposta)

COGNOME NOME.....

LUOGO di NASCITA DATA DI NASCITA

RESIDENTE a VIA CAP.....

TELEFONO* E-mail

**Autorizzo il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico ad eventuale contatto telefonico per informazioni relative alla presente segnalazione:*

AUTORIZZO ☐

NON AUTORIZZO ☐

Dichiaro di essere consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

Autorizzo l'Ufficio Relazioni con il Pubblico a fornire riscontro sulla segnalazione presentata attraverso uno dei seguenti mezzi:

- **e-mail** al seguente indirizzo
- **posta** al seguente indirizzo
- **fax** al seguente numero

Dichiarando altresì, sotto la propria diretta responsabilità, che la modalità di trasmissione sopra scelta (e-mail, posta o fax) non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati, esonerando inoltre l'Ufficio Relazioni con il Pubblico in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria di quanto inviato.

Dichiaro, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente segnalazione è effettuata per conto di:**

COGNOME NOME.....

*(**Da compilare solo nel caso in cui la segnalazione non riguardi direttamente chi firma il presente modulo, ma un proprio familiare/un'altra persona. In tale ipotesi è necessario compilare il modulo di delega – vedi pag. 3 – in assenza il Policlinico non darà avvio all'istruttoria)*



(indicare l'Unità Operativa/il reparto/l'ambulatorio/lo sportello, ecc.):

*(***non saranno accolte segnalazioni effettuate oltre 60 giorni dalla data dell'evento segnalato)*

Descrizione dell'evento:

DATA

FIRMA.....

Timbro

L'operatore

(firma leggibile)

Data



Modulo di Delega

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a..... il.....
residente in..... Via.....
documento identità/ riconoscimento..... n.
rilasciato da..... Il.....

(che allega in fotocopia ai sensi dell'art. 38 comma III DPR 28/12/2000 n. 445)

Delega Il/la sig./sig.ra.....
nato/a..... il.....
residente in..... Via.....
documento identità/ riconoscimento..... n.
rilasciato da..... Il.....

(che allega in fotocopia ai sensi dell'art. 38 comma III DPR 28/12/2000 n. 445)

Grado di relazione con il soggetto interessato

☐ coniuge/convivente ☐ figlio/a ☐ genitore ☐ altro:

a presentare l'istanza, nonché a ricevere risposta, consapevole che ciò comporterà la conoscibilità di miei "dati particolari" (ex art. 2-sexies D.Lgs. n. 196/2003) al soggetto sopra delegato.

DATA

FIRMA del delegante.....

FIRMA del delegato.....