



**OSPEDALE ONCOLOGICO  
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A  
CARATTERE SCIENTIFICO**

**BARI**

Allegato A

## **Segnalazione di disservizio**

*Gentile Signore/a, La invitiamo a segnalarci, tramite la presente scheda, eventuali disagi o disservizi da Lei rilevati, al fine di migliorare la qualità dei nostri Servizi.*

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_

**TEL.** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**LUOGO DELL'ACCADUTO:** Reparto \_\_\_\_\_

Ambulatorio \_\_\_\_\_

Sportello \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**DATA DELL'ACCADUTO:**

lun/mar/mer/gio/ven/sab/dom/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**EPISODIO E' ACCADUTO:**

A me stesso

A un mio familiare

Altro

**L'OPERATORE DIRETTAMENTE COINVOLTO NEL DISSERVIZIO E':**

Non ho chiesto il nome

Medico

Infermiere

Ausiliario

Tecnico

Altro



**Regione Puglia**  
**ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO**  
**ONCOLOGICO**

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

**Scheda per l'UTENTE da utilizzare in caso di comunicazioni e suggerimenti per eventuali disfunzioni**

Verbale <input type="radio"/>	Con modulo <input type="radio"/>	Telefonica <input type="radio"/>	Con lettera <input type="radio"/>
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Abitante a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**Oggetto**

Firma \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

Ricevuto il _____ da _____	
La risposta all'utente è stata data <input type="radio"/> per telefono <input type="radio"/> per lettera	
La segnalazione è stata inoltrata a:	
<input type="checkbox"/> Direzione Generale	<input type="checkbox"/> Direzione Sanitaria
<input type="checkbox"/> Direzione Amministrativa	<input type="checkbox"/> Responsabile U.O.
Trasmessa all'Ufficio _____	il _____