



**Azienda Ospedaliero Universitaria  
Policlinico “G. Rodolico – San Marco”  
Catania**

**MODULO SEGNALAZIONI U.R.P.**

Protocollo n.	del ____ / ____ / _____
---------------	-------------------------

Inviato per competenza a:	Inviato per competenza a:
Inviato per conoscenza a:	Inviato per conoscenza a:

<b>RECLAMO</b> <input type="checkbox"/>	<b>DISSERVIZIO</b> <input type="checkbox"/>	<b>RILIEVO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SUGGERIMENTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>ELOGIO</b> <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--

Modalità di presentazione	Anonima <input type="checkbox"/>	Nominativa <input type="checkbox"/>			
Lettera <input type="checkbox"/>	Sportello U.R.P. <input type="checkbox"/>	Fax <input type="checkbox"/>	Email/Pec <input type="checkbox"/>	Telefono <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Cittadino <input type="checkbox"/>	Associazione <input type="checkbox"/>	Ente <input type="checkbox"/>	Operatore Sanitario <input type="checkbox"/>	Studio Legale <input type="checkbox"/>	

(In caso di RECLAMO tutti i campi devono essere compilati ed a STAMPATELLO)	
Nome e Cognome	
Indirizzo	
Comune di Residenza	Prov.
Telefono	
Email	
Codice Fiscale	
Luogo e Data di nascita	

**Opzionali**

Documento n.	Cittadinanza Italiana <input type="checkbox"/>	Straniera <input type="checkbox"/>
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Titolo di Studio:	Professione:

**PER CHI SI SEGNA LA:**

Se stesso  Familiare  Associato  Cliente  Conoscente  Disabile  Minore  Altro

Assistito (compilare solo se si presenta la segnalazione per terzi) ALLEGARE DOCUMENTO_	
Nome e Cognome	
Comune di Residenza	Prov.
Codice Fiscale	
Luogo e Data di Nascita	



**Azienda Ospedaliero Universitaria  
Policlinico “G. Rodolico – San Marco”  
Catania**

**MODULO SEGNALAZIONI U.R.P.**

Data Evento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PRESIDIO OSPEDALIERO

G. Rodolico

San Marco

Reparto \_\_\_\_\_  Ambulatorio \_\_\_\_\_

Servizio \_\_\_\_\_  Ufficio \_\_\_\_\_

**Oggetto della Segnalazione:**

**Descrizione evento:**

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRMA \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali, solo ed esclusivamente nell'ambito della procedura riferita al presente reclamo e/o segnalazione ai sensi dell'art.13 del D. L. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

FIRMA \_\_\_\_\_

Ricevuto li ____ / ____ / _____	Firma del Referente
---------------------------------	---------------------

**Istruttoria ed Esito (a cura dell'Ufficio):**

---

---

---

---

---

Firma del Referente \_\_\_\_\_