



**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:

RECLAMO <input type="checkbox"/>	DISSERVIZIO <input type="checkbox"/>	RILIEVO <input type="checkbox"/>	SUGGERIMENTO <input type="checkbox"/>	ELOGIO <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 SEGNALE:

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 _____

URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico
c/o P.O. **G. Rodolico**
Via Santa Sofia,78 – 95123 Catania
Tel. **0953782542–2560–2535** (tel/fax)
Email. urp@policlinico.unict.it