



Modulo segnalazione per:  Elogio  Reclamo  Rilievo/Suggerimento

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo: \_\_\_\_\_

Indirizzo e N. Civico: \_\_\_\_\_ Comune di: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Tel. cellulare: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

La presente segnalazione è effettuata per conto di\*\*:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo: \_\_\_\_\_

In qualità di: \_\_\_\_\_

(\*\* Da compilare solo nel caso in cui la segnalazione non riguardi direttamente chi presenta la segnalazione stessa, ma un familiare/un'altra persona. L'Azienda si riserva la facoltà di richie-dere la delega quando necessaria).

Luogo in cui è avvenuto l'evento\*: \_\_\_\_\_

(reparto ospedaliero, servizio, ambulatorio, sportello, ecc..).

Data evento segnalato\*: \_\_\_\_\_

Descrizione evento (specificare cosa è accaduto, quando, dove e chi era presente):

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Precisare cosa si chiede all'Azienda: \_\_\_\_\_

---



---



---

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2013 (in breve: Codice Privacy), La informiamo che i dati personali, sensibili e giudiziari che La riguardano, da Lei forniti o acquisiti nel corso dell'attività istruttoria prevista dal Regolamento di Pubblica Tutela, saranno trattati nel rispetto del Codice Privacy e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta l'Azienda Ulss 9 Scaligera.

Data: \_\_\_\_\_ Firma (dichiarante): \_\_\_\_\_

**Verona**

Via Poloni, 1  
Tel. 045 8075656  
Fax 045 8076108

**Legnago**

Ospedale Mater Salutis  
via C. Gianella, 1  
tel. 0442 622692  
fax 0442 622914

**Bussolengo (VR)**

Via Ospedale, 28  
tel. 045 6712666  
fax 045 6712675