



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 richiedere 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): _____

Sedi e contatti Ufficio Relazioni con il Pubblico | urp@aulss9.veneto.it

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