

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RECLAMO	MR- A-14	A.01 del 22/01/2024	1 di 5

Data emissione	Responsabile redazione	Responsabile convalida	Responsabile Approvazione
05/09/2019	Dr.ssa Maura Curello	Dr.ssa Maura Curello	DIREZIONE SANITARIA
I responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura			

*Gentile Utente,
può compilare questo modulo per avanzare eventuali reclami volti a segnalare disservizi. La richiesta di dati personali serve unicamente ad assicurare una risposta personale alla richiesta presentata. I moduli saranno trasmessi alla Direzione di Valdisieve Hospital.*

Io sottoscritto/a _____
 Nato a _____ il _____ Prov. (_____)
 C.F. _____
 Residente in _____ Prov.(_____)
 Telefono _____
 E-mail (facoltativo) _____

DICHIARO DI ESSERE

Il diretto interessato

Il genitore (con la potestà legale)

Del minore (nome) _____ (cognome) _____

Nato/a il _____ a _____ (prov.) _____

Tutore (allegare nomina)

Curatore (allegare nomina)

Amministratore di sostegno (allegare nomina)

di (nome) _____ (cognome) _____

Nato/a il _____ a _____ (prov.) _____

Erede di

di(nome) _____ (cognome) _____

Nato/a il _____ a _____ (prov.) _____

Deceduto/a il _____ a _____

Il presente reclamo viene avanzato per una situazione o fatto verificatosi all'interno della struttura sanitaria Valdisieve Hospital srl, in particolare presso:

- Reparto Medicina
- Reparto chirurgia
- Ambulatorio
- Ufficio Front Office
- Reception
- Uffici Amministrativi

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RECLAMO	MR- A-14	A.01 del 22/01/2024	2 di 5

Il reclamo è riferito a:	
<input type="checkbox"/> Personale poco cortese <input type="checkbox"/> Prestazione non erogata o servizio non conforme alla richiesta <input type="checkbox"/> Tempi di attesa eccessivi <input type="checkbox"/> Segnaletica mancante o insufficiente	<input type="checkbox"/> Informazioni poco chiare <input type="checkbox"/> Informazioni insufficienti <input type="checkbox"/> Informazioni errate <input type="checkbox"/> Aspetti strutturali e comfort <input type="checkbox"/> Altro
Durante eventuale ricovero	Dal giorno _____ al giorno _____
Luogo e data	(Data o periodo di riferimento)
Descrizione del reclamo	(Descrivere brevemente i fatti o la situazione ed il motivo del Suo reclamo)
Suggerimenti	(Proposta al fine di risolvere il problema segnalato)

Il sottoscritto è consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RECLAMO	MR- A-14	A.01 del 22/01/2024	3 di 5

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI –INFORMAZIONI REGOLAMENTO UE 679/2016

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei Suoi dati personali, La invitiamo a consultare la pagina internet del nostro sito web www.valdisievehospital.it, nella sezione privacy, dove potrà leggere l’informativa al trattamento dati.

❖ **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CONTENUTI NEL PRESENTE RECLAMO**

- AUTORIZZO** al trattamento dei miei dati personali e sensibili, nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali”
- NON AUTORIZZO** al trattamento dei miei dati personali e sensibili. In caso il consenso non venga prestato, l’URP non potrà procedere alla gestione della pratica

INFORMAZIONI SULLE MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DEL RECLAMO

Si informa l’utente che il modulo reclamo sarà disponibile presso i nostri Uffici di accettazione o scaricabile dal nostro sito web www.valdisievehospital.it, e presentato in una delle seguenti modalità:

- Personalmente presso gli Uffici di Accettazione della struttura;
- email hospitality@valdisieve.it (allegando documento di identità in corso di validità)

La ringraziamo in anticipo per il Suo contributo e per la collaborazione volta a rendere migliore il nostro servizio.

Luogo _____ Data _____

Firma (per esteso e leggibile)

<input checked="" type="checkbox"/> Convalida	<div style="text-align: right;"> <p>Approvazione</p>  <p>DIRETTORE AMBITO</p> </div>
---	---

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RECLAMO	MR- A-14	A.01 del 22/01/2024	4 di 5

PARTE RISERVATA A VALDISIEVE HOSPITAL

<p>Analisi del reclamo</p> <p>Data:</p>	<p><i>(Descrivere le azioni attuate per verificare la fondatezza del reclamo)</i></p>	
<p>Esiti dell'analisi</p> <p>Data:</p>	<p><i>(Indicare se si ritiene il reclamo fondato oppure infondato e il motivo della decisione)</i></p> <p><input type="checkbox"/> INFONDATO/INGIUSTIFICATO (chiusura)</p> <p>Firma _____</p> <p><input type="checkbox"/> FONDATO/GIUSTIFICATO (segue intervento)</p> <p>Firma _____</p>	
<p>Piano di intervento</p>	<p>Azione</p>	
	<p>Responsabile</p>	

	Scadenza	
	Verifica	
Ricontattare l'utente	Modalità	<input type="checkbox"/> Telefonicamente <input type="checkbox"/> e-mail
Data:	Esito soddisfazione	<input type="checkbox"/> Soddisfatto <input type="checkbox"/> Non soddisfatto

