

TITOLO	CODICE	REVISIONE	PAGINA
MODULO DI RECLAMO	MR- A-14	A.01 del 22/01/2024	1 di 4

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

Il reclamo è riferito a:	
☐ Personale poco cortese ☐ Prestazione non erogata o servizio non conforme alla richiesta ☐ Tempi di attesa eccessivi ☐ Segnaletica mancante o insufficiente	☐ Informazioni poco chiare ☐ Informazioni insufficienti ☐ Informazioni errate ☐ Aspetti strutturali e comfort ☐ 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.

PARTE RISERVATA A VALDISIEVE HOSPITAL		
Analisi del reclamo Data: 31/01/2025	Gentile signora La ringraziamo per aver utilizzato il nostro canale di reclamo. Le comunichiamo con la presente che dell'istruttoria interna espletata, nonché da un confronto con il medico citato, Dr De Aloe, risulta che la visita specialistica è stata effettuata, in favore di Sua figlia minore, secondo la buona pratica medica e soprattutto senza alcuna negligenza o imperizia, in relazione alla problematica riscontrata in sede ambulatoriale. Il Dr. DE ALOE infatti ha proceduto, in accordo con Lei, e nell'interesse della paziente minore, con la prescrizione di una terapia locale farmacologica, NON INVASIVA, finalizzata alla risoluzione del problema, con la riserva di poter comunque, in caso di persistenza della patologia, optare per la soluzione chirurgica, chiaramente più invasiva per la bambina Appare inconferente in detta sede riportare il giudizio di una conoscente, seppur farmacista, circa la problematica riscontrata. Certi della sua comprensione, La ringraziamo e restiamo a Sua completa disposizione per ogni ulteriore delucidazione.	
Esiti dell'analisi Data:	(Indicare se si ritiene il reclamo fondato oppure infondato e il motivo della decisione) La struttura Valdisieve Hospital S.r.l. ritiene il reclamo avanzato ☐ INFONDATA/INGIUSTIFICATO (chiusura) Firma_____ ☐ FONDATA/GIUSTIFICATO (segue intervento) ☐ Firma_____	
Piano di intervento	Azione	Non è prevista alcuna azione ulteriore per i motivi sopra esposti
	Responsabile	
	Scadenza	
	Verifica	
Ricontattare l'utente Data:	Modalità	☐ Telefonicamente ☐ e-mail
	Esito soddisfazione	☐ Soddisfatto ☐ Non soddisfatto

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

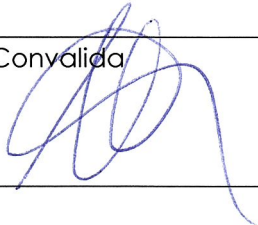
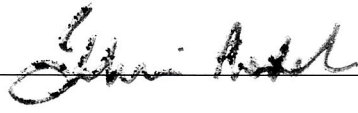
Si informa l'utente che il modulo reclamo sarà disponibile presso i nostri Uffici di accettazione o scaricabile dal nostro sito web www.valdisievehospital.it, e presentato in una delle seguenti modalità:

- 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)

✓ Convalida 	Approvazione 
--	---