



SEGNALAZIONE DISSERVIZIO

Reclamo

Segnalazione

Sez. 1 Descrizione

Vorrei indirizzare all'Ufficio Relazioni con il Pubblico di questa struttura un reclamo/segnalazione riguardante:

Reparti di degenza: Piano rialzato Piano primo Piano secondo
 Piano terzo Palestra Day Hospital

Servizi : Servizio di Neuropsicologia Clinica Servizio Sociale
 Servizio di Foniatria, Logopedia e Nutrizione Clinica Altro _____

Data dell'accaduto: _____

Descrizione: _____

Io sottoscritto (Cognome) _____ età _____

professione _____ scolarità _____

desidero avere risposta al seguente indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ Tel. _____

Firma _____ Data _____

A norma del d.lgs.n. 196/2003 art.n.7 e successivi si dichiara che la raccolta dei dati ha lo scopo di fornire informazioni statistiche di qualità del servizio.

PARTE RISERVATA alla CASA di CURA PRIVATA DEL POLICLINICO spa (URP)

Ricevuto da Data

Firma



Parte riservata alla CASA di CURA PRIVATA DEL POLICLINICO spa (URP)

Sez. 2 Reclamo/segnalazione ricevuti a mezzo

Telefono Modulo Lettera/email

Sez. 3 Analisi del reclamo ed Azioni Correttive

Reclamo inviato per l'analisi a : Dir.Sanitaria Dir.Generale Resp. Servizio _____
 Ufficio Legale

Esito istruttoria: _____

AC/AP: _____

Responsabile/i dell'eventuale azione correttiva: _____

Data prevista chiusura AC/AP: _____

Sez. 4 Verifica

Attuazione: positiva negativa

Efficacia: positiva negativa

Data _____

Firma _____