



Modulo segnalazione per:



Elogio



Reclamo



Rilievo/Suggerimento

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

---



---

La informiamo che i dati raccolti mediante la compilazione del presente modulo saranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati) e dal D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche e integrazioni (da ultimo apportate con il d.lgs 101/2018) per la tutela dei dati personali. Il Suo nominativo sarà comunicato al/ai soggetto/i coinvolti nella segnalazione e/o richiesta.

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

Sedi e contatti Ufficio Relazioni con il Pubblico telefono: 045 8075656 - e-mail: [urp@aulss9.veneto.it](mailto:urp@aulss9.veneto.it)
**Verona**  
 Via Poloni, 1

**San Bonifacio**  
 Ospedale Fracastoro

**Legnago**  
 Ospedale Mater Salutis

**Bussolengo (VR)**  
 Via Ospedale, 28