REGIONE DEL VENETO
ULSS6 EUGANEA

Spazio per Ufficio protocollo

Al Direttore Generale
Azienda Ulss 6 Euganea
Casella postale aperta
35122 Padova centro

MODULO PER SEGNALAZIONI

☐ **ELOGIO/APPREZZAMENTO** ☐ **RECLAMO** ☐ **SUGGERIMENTO**

Chi segnala

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ___/___/_____

Via _____ CAP_____ Comune_____

Tel._____ e-mail _____

Per chi segnala (*da compilare se chi segnala non è il diretto interessato).*
Da compilare solo se il segnalante ha informato la persona interessata e ne ha ottenuto la delega.

Cognome e Nome _____ Data di nascita ___/___/_____

Residenza: Via _____ CAP _____ Comune_____

Grado di parentela _____

Data e luogo in cui è avvenuto l'evento segnalato

___/___/_____ _____ _____

Data *Reparto ospedaliero/Servizio/Ambulatorio/Sportello* *sede*

DESCRIZIONE (descrivere ciò che si desidera segnalare)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ *(continua sul retro)*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PRECISARE cosa si chiede all'Azienda

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____ Firma _____

Informazioni al Cittadino

1. Secondo la vigente procedura aziendale, la Sua segnalazione verrà protocollata, si assegnerà cioè un numero e una data di arrivo per poterla identificare;
2. L'URP o la struttura competente per l'istruttoria trasmetterà il Suo reclamo al Direttore del Servizio coinvolto per acquisire riscontro a quanto segnalato. **La mancata firma nella parte sottostante, relativa all'autorizzazione al trattamento dei dati, comporta l'impossibilità di dar seguito al reclamo.**
3. Le informazioni e i dati forniti, o acquisiti nel corso dell'istruttoria, sono trattati nel rispetto della privacy e della riservatezza a cui è tenuta l'Azienda.
4. Per informazioni sulla sua segnalazione può contattare l'URP.

Autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 in materia di trattamento di dati personali:

Il sottoscritto _____, apponendo la sua firma in calce AUTORIZZA l'Azienda ULSS n. 6 Euganea al trattamento dei dati, anche sensibili, indicati nella segnalazione, per consentirne la gestione approfondendo quanto evidenziato e coinvolgendo i soggetti interessati, secondo quanto previsto dal Regolamento di Pubblica Tutela.

Firma _____

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

urp@aulss6.veneto.it

TELEFONO da lunedì a venerdì 8.30 – 14.00

Numero verde unico aziendale 800 201 301

SPORTELLO

Sede di **Camposampiero** via P. Cosma 1 c/o Ospedale, Area grigia piano terra - da lunedì a venerdì 8.30 – 14.00

Sede di **Cittadella** via Pilastroni c/o Ospedale, Area arancio piano terra - da lunedì a venerdì 8.30 – 14.00

Sede di **Monselice** via Albere 30 c/o Ospedale, Blocco A2 piano terra - da lunedì a venerdì 8.30 - 14.00 e da lunedì a giovedì anche 15.00 - 18.00

Sede di **Padova** via Enrico degli Scrovegni 12 - da lunedì a venerdì 8.30 – 14.00

Sede di **Piove di Sacco** via San Rocco 8– c/o Ospedale, parte vecchia piano terra - lunedì e giovedì 9.30 – 13.00