Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**MODULO RECLAMI - ENCOMI**	MPURP.01 Rev. 0

☐ Disfunzione ☐ Suggerimento ☐ Reclamo ☐ Encomio

☐ scritto
☐ verbale

☐ posta/email
☐ di persona
☐ telefono

Del Sig./Sig.ra .....

abitante a ..... Telefono .....

☐ ospite ☐ Famigliare ☐ Associazione ☐ Anomimo

☐ RSA ☐ Cure Intermedie ☐ CDI
☐ Servizio di Fisioterapia ☐ Laboratorio analisi ☐ Poliambulatori

Oggetto della segnalazione:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma

Data ....

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n. 196 così come modificato dal D.Lgs. 101/18 e, in particolare, del nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016, si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo

Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus	**MODULO RECLAMI - ENCOMI**	MPURP.01 Rev. 0

(compilazione a cura dell'URP)

N. progressivo …….. **Codice……..**

Ricevuto il …… ☐ direttamente ☐ tramite urna ☐ telefonicamente ☐ email

da .....

Trasmesso a:

Data ……..

☐ Direzione Sanitaria
☐ Direzione Amministrativa
☐ Altro ……

Azioni intraprese .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma

Data ....

Chiusura reclamo

Tipo di risposta: .....

.....

.....

Motivi mancata risoluzione: .....

.....

.....

.....

Firma

Data ....