



MODULO SEGNALAZIONI, SUGGERIMENTI E RECLAMI

Compilare tutti i campi in digitale o in stampatello e inviare a: urp@hsantalucia.it

Cognome Nome

Residente a Prov.CAP.....

Via Tel

E-mail

Segnalazione, suggerimento o reclamo relativo a:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reparti SSN | <input type="checkbox"/> Reparto Solventi |
| <input type="checkbox"/> Riabilitazione Estensiva | <input type="checkbox"/> Poliambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Servizi Amministrativi | <input type="checkbox"/> Informazioni e Relazioni con il Pubblico |

Descrizione

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data Firma Utente

Ricevuto da Firma

SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)

Segnalazione Nr.

- risolta dall'URP in data da
- trasmessa in data a
per trattamento entro 5 giorni

Si trasmette la segnalazione per conoscenza a:

- Direttore UOC
- Responsabile Servizio
- Caposala
- Coordinatore
- Altri

Data Firma

Descrizione delle azioni intraprese in risposta alla segnalazione, allegando eventuale documentazione di supporto (email, lettere, etc.). Riportare per ogni annotazione data e firma dell'autore (o nome, se il documento è riportato in forma digitale)

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

SEZIONE RISERVATA AL RESPONSABILE QUALITÀ (RQ)

Esito del trattamento APPROVATO NON APPROVATO

Analisi della causa:

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

È richiesta azione correttiva:

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

Data Firma RQ