ISTITUTO CLINICO SAN SIRO

Riservato URP

N. Reclamo ____/____

Codifica Reg. _____

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Orari di ricevimento: lun-ven 10.30-12.00
☎ TEL: 02/48785307 FAX: 02/48785233 o 224 @E-MAIL: urp.icss@grupposandonato.it
✉ INDIRIZZO: Istituto Clinico San Siro, Via Monreale 18, 20148 MILANO (MI)

MODULO SEGNALAZIONI o RECLAMI

Data_____ **ora**_____**Riceve**_____**da**_____**il**_____

COGNOME_____**NOME**_____

Via_____**N°**____**COMUNE**_____**(Prov.**_____**) CAP**_____

TEL. casa_____ **TEL. Uff.**_____**Cellulare**_____

E-mail_____**@**_____ **fax**_____

ETÀ _____**Sesso:** ☐ **M** ☐**F** **Professione**_____**Scolarità**_____

RECLAMO:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INFORMATIVA EX ART. 13 D.Lgs 196/2003 – Codice sulla Privacy

La informiamo che i suoi dati personali, compresi quelli sensibili, saranno trattati dai soli uffici interessati, per l'esclusiva finalità di verificare la presente segnalazione e fornirle la relativa risposta. Nel caso di elaborazioni statistiche, i dati verranno elaborati in modo da consentirne l'utilizzo in forma anonima. Il titolare del trattamento dei suoi dati è l' Istituto Clinico S.Siro S.p.a, con sede in Via Monreale 18, 20148 Milano, nella persona dell'Amministratore Delegato.

Il sottoscritto, consapevole che il trattamento potrà riguardare sia i dati personali che sensibili (ex art.4, c.1, lett. B) del Decreto Legislativo n.196/2003 presta il proprio consenso al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa di cui sopra. Autorizza altresì l'invio della presente segnalazione ai soggetti coinvolti nella segnalazione.

MODALITÀ SEGNALAZIONE:

☐ 1-DIRETTA (colloquio presso l'URP)
☐ 2-POSTALE (fax, lettera, E-mail, modulo urp, questionario)
☐ 3-TELEFONICA

FIRMA

_____

Sistema Sanitario Regione Lombardia

ISTITUTO CLINICO
SAN SIRO

PAGINA RISERVATA ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Documenti di riferimento:

_____

_____

_____

Analisi e trattamenti:

DATA	AZIONE

Copia reclamo a: _____

Area Oggetto del reclamo (Classificazione R.L. Prot. H1. 2007.0053415 del 21/12/07)

1 ☐ INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO	5 ☐ RISPETTO DEI DIRITTI	9 ☐ ASSISTENZA PROTESICA
2 ☐ CONDIZIONI DELL'ACCESSO	6 ☐ PRESTAZIONI	10 ☐ ASSISTENZA FARMACEUTICA
3 ☐ COMUNICAZIONE E RELAZIONE	7 ☐ ASPETTI ECONOMICI	11 ☐ INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI
4 ☐ ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA	8 ☐ RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA	12 ☐ VARIE

CHIUSURA RECLAMO/NC: _____

Responsabile:_____**U.O.:**_____**Data:**_____**Firma:**_____