Ufficio Relazioni con il Pubblico ***Via Stamira D'Ancona,20 – 20127 Milano***
tel. 02.2643.3458 - fax 02.2643.3375 - ***E-mail*** ***urposrturro@hsr.it***

Prot. N°_____/__IR__

MODULO ENCOMI

Data_____

Cognome _____ **Nome**_____

Indirizzo _____ **CAP**_____ **Città**_____

Tel.casa_____ **Tel. Ufficio/Cell.**_____

Titolo di studio_____ **Professione**_____

Unità operativa di degenza/Ambulatorio a cui indirizzare l'encomio_____

In particolare	**Dottore/i**	
	Caposala/Infermieri	
	Operatore Amm.vo/i	

DESCRIZIONE ENCOMIO

Firma_____

Informativa trattamento dati personali/sensibili: Informativa trattamento dati personali: ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dal Ospedale San Raffaele s.r.l. per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito delle segnalazioni da Lei inoltrate. Si precisa che in caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali/sensibili le segnalazioni non potranno essere accertate né evase. In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno gestiti e custoditi sia in formato cartaceo che elettronico adottando le misure minime di sicurezza previste dall'art. 33 e segg. del D.Lgs. 196/03 avvisandoLa che i diritti dell'interessato – di cui all'art. 13 – potranno essere esercitati inviando esplicita richiesta scritta al Titolare del trattamento Ospedale San Raffaele s.r.l. o alla Direzione Sanitaria dello stesso

Autorizzo all'uso dei dati personali
Ai sensi del D.Lgs 196/03 **SI' ☐** **NO ☐** **Firma**_____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE CHE RICEVE L'ENCOMIO

Mezzo di segnalazione ☐ colloquio ☐ telefonata ☐ lettera ☐ fax ☐ e-mail

Operatore_____**Unità operativa**_____**Telefono**_____

Encomio ricevuto il _____ **Trasmesso all'URP il**_____

Osservazioni

_____

_____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RELAZIONI COL PUBBLICO

Mezzo di segnalazione ☐colloquio ☐ telefonata ☐ lettera ☐ fax ☐ e-mail

Area di Provenienza ☐ ambulatorio (visita) ☐ ricovero ☐ altro
☐ ambulatorio (esami) ☐ day hospital ☐ servizio

Codice Area

Macroarea _____**Microarea**_____

Osservazioni

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Encomio inoltrato il_____ **Prot. N.**_____