



Ufficio Relazioni con il Pubblico Via Olgettina 60 – 20132 Milano
tel. 02.2643.3088-3838 - fax 02.2643.3074 - E-mail urp@hsr.it

N° _____ / _____ CR _____

Data

Cognome

Nome

Indirizzo

Città

CAP

Provincia

Tel. casa

Tel. ufficio/cell.

Data di nascita

Mail

Professione

Titolo di studio

Settore interessato

A nome di (se chi presenta la segnalazione non è il diretto interessato):

Oggetto

Firma

Informativa sintetica trattamento dati personali/sensibili: ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento o GDPR", Ospedale San Raffaele S.r.l., in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), con sede in Via Olgettina 60, 20132 Milano, pec hsrsanraffaele@hsr.postecert.it. Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (ossia dati idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), con riferimento alla attività che Lei intendesse richiedere.

Il Titolare ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati ("Data Protection Officer" o "DPO") raggiungibile all'indirizzo dpo@hsr.it.
L'informativa completa è rinvenibile sul sito www.hsr.it

Autorizzo all'uso dei dati personali - sensibili ai sensi Informativa Privacy Ai sensi dell' art. 13 del Regolamento UE 2016/679

SÌ

NO

Firma



SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE CHE RICEVE LA SEGNALAZIONE

Mezzo di segnalazione colloquio telefonata lettera fax E-mail

Operatore _____ Unità Operativa _____ Tel. _____

Segnalazione ricevuta il _____ Trasmessa all'U.R.P. il _____

Osservazioni

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Mezzo di segnalazione colloquio telefonata lettera fax E-mail

Area di provenienza ambulatorio (visita) ricovero/reparto servizio
 ambulatorio (esame) day hospital/day surgery

Settore Sanitario Varie Amministrativo Servizio coinvolto _____

Luogo _____ Segnalazione ricevuta il _____

Codice area disagio

Macroarea _____ Microarea _____

Istruttoria – data di avvio istruttoria:

Segnalazione chiusa il _____ Risposta scritta sì no Evento sentinella sì no

Tipo problema fondato infondato improprio frequente episodico Proposta di miglioramento sì no
Se sì, specificare _____

L'utente si dichiara soddisfatto insoddisfatto