



SCHEDA SEGNALAZIONE

Pag. 1 di 2

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



SCHEDA SEGNALAZIONE

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. _____