OSPEDALE SAN RAFFAELE	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*

N°_____/___CR__

Data

Cognome **Nome**

Indirizzo **Città**

CAP **Provincia**

Tel. casa **Tel. ufficio/cell.** **Data di Nascita**

Titolo di studio **Professione**

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

Oggetto

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 - sensibili ai sensi de D.Lgs. 196/03 **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) | ambulatorio (esame) | ricovero/reparto | day hospital/day surgery | servizio

Settore | Sanitario | Varie | Amministrativo | **Servizio coinvolto** _____

Luogo | OSR Turro | **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