



# SCHEDA SEGNALAZIONE

Ufficio Relazioni con il Pubblico *Via Olgettina 60 – 20132 Milano*  
tel. 02.2643.3088-3838 - fax 02.2643.3074 - E-mail [urp@hsr.it](mailto:urp@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 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 al Responsabile Privacy della Direzione Servizio Clienti 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)  ricovero/reparto  servizio  
 ambulatorio (esame)  day hospital/day surgery

Settore  Sanitario  Varie  Servizio coinvolto  
 Amministrativo \_\_\_\_\_

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  frequente  episodico Proposta di miglioramento  sì  no  
 infondato  improprio  
Se sì, specificare \_\_\_\_\_

L'utente si dichiara  soddisfatto  insoddisfatto