



# SCHEMA SEGNALAZIONE

Ufficio Relazioni con il Pubblico Via Stamira D'Ancona, 20 – 20127 Milano  
tel. 02.2643.3458 - fax 02.2643.3375 - E-mail [urposturro@hsr.it](mailto:urposturro@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-mailArea di provenienza  ambulatorio (visita)  ricovero/reparto  servizio  
 ambulatorio (esame)  day hospital/day surgerySettore  Sanitario  Varie  Servizio coinvolto  
 Amministrativo \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ OSR \_\_\_\_\_ Segnalazione ricevuta il \_\_\_\_\_

## Codice area disagio

Macroarea \_\_\_\_\_ Microarea \_\_\_\_\_

## Istruttoria – data di avvio istruttoria:

Segnalazione chiusa il \_\_\_\_\_ Risposta scritta  sì  no Evento sentinella  sì  noTipo problema  fondato  frequente  episodico Proposta di miglioramento  sì  no  
 infondato  improprio Se sì, specificare \_\_\_\_\_  
 improprioL'utente si dichiara  soddisfatto  insoddisfatto