



SCHEDA SEGNALAZIONE

Pag. 1 di 2

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

Titolo di studio

Professione

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 complessivamente può essere esercitata all'interno dell'azienda nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture ospedaliere, in quanto correlata al servizio di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione 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

Mod. URP 001/6

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 | Proposta di miglioramento | sì | no
 infondato | episodico | Se sì, specificare | _____
 improprio

L'utente si dichiara | soddisfatto | insoddisfatto