ENDOSCOPIA AVEZZANO	**SCHEDA VALUTAZIONE** ☐ **DISSERVIZIO** ☐ **ELOGIO**	***N°*** *Pag. 1 di* 1

Dati dello scrivente *(Facoltativo, da compilare in caso si intenda essere contattato direttamente)*
Io sottoscritto _____ nato a _____il _____
residente a _____via _____Prov._____CAP_____
Segnalo quanto segue per conto di ☐ me stesso ☐ altra persona
***Se altra persona compilare quanto segue*:**
Cognome _____ Nome _____ residente a_____
via _____ Prov. _____ Cap _____ grado di parentela_____

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

DATA ed ORARIO: _____ LUOGO (località) :_____
REPARTO OSPEDALIERO:_____ AMBULATORIO:_____
ALTRO LUOGO: _____
PERSONALE COINVOLTO (medico/i, infermiere/i, segretari/e, ecc.): _____
DESCRIZIONE del/i fatto/i:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

CONCLUSIONI (richieste e/o suggerimenti): _____
_____
_____

TESTIMONI (eventuali) _____

Comunico l'indirizzo presso il quale desidero ricevere la risposta
Via _____ Comune _____Prov. _____ CAP _____

Eventuali documenti allegati: _____

Avezzano lì, _____

Firma

_____

Io sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" fornisco il mio consenso a che codesta azienda sanitaria, ai fini della corretta gestione del presente reclamo scritto, tratti i miei dati personali, generici e sensibili.

Avezzano lì, _____

Firma

_____

A cura di UOC

Scheda ricevuta il _____ da _____

☐ Direzione Generale ☐ URP ☐ Direttamente ☐ Posta/Fax ☐ E-mail