

DATA:/...../.....

Evento accaduto in data/...../.....

[illegible]

COMPILAZIONE RISERVATA ALL'OPERATORE DELL'ACCOGLIENZA – SITUATION ROOM

Tipologia della segnalazione:

elogio ☐ reclamo ☐ suggerimento ☐ richiesta informazioni ☐ richiesta d'aiuto ☐
richiesta risarcimento ☐ richiesta intervento Servizio di Psicologia ☐

Ambito:

degenza/DH ☐ ambulatori/servizi ☐ pronto soccorso ☐ archivi ☐ prenotazione esami ☐
umanizzazione ☐ altro ambito ☐ specificare ambito

*NB: la segnalazione autorizza l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati sopra riportati **esclusivamente** per l'approfondimento dei fatti segnalati, ai sensi del **Regolamento Europeo UE 679/2016 – GDPR** – relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e del **D.Lgs. 196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 101/2018**.*

LUOGO E DATA

FIRMA
