AZIENDA OSPEDALIERA
"OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"
Servizio URP Comunicazione
Sede di Pesaro: P.le Cinelli 1 – 0721 362203/04 Fax 0721 362464
urp@ospedalimarchenord.it

SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DI SEGNALAZIONI

☐ **SUGGERIMENTO** ☐ **RECLAMO** ☐ **RICHIESTA** ☐ **ELOGIO**

SIG/SIG.RA .....

NATO IL .../.../.....**RESIDENTE A** ....

CAP.....**VIA/PIAZZA**.....**N**.....

TEL..... **CELL**.....

E-MAIL .....

SEGNALA PER SE STESSO: ☐ **SI** ☐ **NO**

SE NO HA RELAZIONE CON L'INTERESSATO IN QUALITÀ DI.....
(PADRE- MADRE- FIGLIO)

DATI DELL'INTERESSATO:

COGNOME E NOME .... **DATA DI NASCITA** ../.../...

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Autorizzo l'accesso di codesta Azienda alla documentazione sanitaria (cartella clinica, relazioni dei medici, accertamenti specialistici ecc) , ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (normativa sulla tutela della privacy). per approfondire e valutare quanto segnalato ai fini dell'istruttoria conseguente alla mia richiesta.

Data...../...../..... Firma .....

Firma dell'addetto URP.....

☐ Autorizzo l'accesso di codesta Azienda alla documentazione sanitaria (cartella clinica, relazioni dei medici, accertamenti specialistici ecc) , ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (normativa sulla tutela della privacy). per approfondire e valutare quanto segnalato ai fini dell'istruttoria conseguente alla mia richiesta.

Data...../...../.....

Firma .....

Firma dell'addetto URP.....