

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p><b>MODULO PER LA PRESENTAZIONE DELLE SEGNALAZIONI</b></p>	<p>R01/PA37 Rev. 6 Pag. 1/3 Applicato: 23.12.2019</p>
--	--	---

Gentile utente,  
ogni segnalazione sarà gradita poiché ci fornirà indicazioni utili per migliorare i servizi di questa Azienda. Grazie per la collaborazione.

**ELOGIO**                       **RECLAMO**                       **RILIEVO**                       **SUGGERIMENTO**   
(indicazione di disservizio)                      (proposta)

COGNOME ..... NOME.....  
 LUOGO di NASCITA ..... DATA DI NASCITA .....  
 RESIDENTE a ..... VIA .....CAP.....  
 TELEFONO\* ..... E-mail .....

*\*Autorizzo il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato ad eventuale contatto telefonico per informazioni relative alla presente segnalazione:*

AUTORIZZO                       NON AUTORIZZO

Dichiaro di essere consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

**Autorizzo l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato a fornire riscontro sulla segnalazione presentata attraverso uno dei seguenti mezzi:**

- e-mail** al seguente indirizzo .....
- posta** al seguente indirizzo .....
- fax** al seguente numero .....

*Dichiarando altresì, sotto la propria diretta responsabilità, che la modalità di trasmissione sopra scelta (e-mail, posta o fax) non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati, esonerando inoltre l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e rapporti con le Associazioni di Volontariato in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria di quanto inviato.*

*Dichiaro, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**La presente segnalazione è effettuata per conto di\*\*:**

COGNOME ..... NOME.....  
 (\*\*Da compilare solo nel caso in cui la segnalazione non riguardi direttamente chi firma il presente modulo, ma un proprio familiare/un'altra persona. In tale ipotesi è necessario compilare il modulo di delega – vedi pag. 3 – in assenza l'Azienda non darà avvio all'istruttoria)



**Modulo di Delega**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a..... il.....  
residente in..... Via.....  
documento identità/ riconoscimento..... n. ....  
rilasciato da..... Il.....

*(che allega in fotocopia ai sensi dell'art. 38 comma III DPR 28/12/2000 n. 445)*

Delega Il/la sig./sig.ra.....  
nato/a..... il.....  
residente in..... Via.....  
documento identità/ riconoscimento..... n. ....  
rilasciato da..... Il.....

*(che allega in fotocopia ai sensi dell'art. 38 comma III DPR 28/12/2000 n. 445)*

Grado di relazione con il soggetto interessato

coniuge/convivente     figlio/a     genitore     altro: .....

a presentare l'istanza, nonché a ricevere risposta, consapevole che ciò comporterà la conoscibilità di miei "dati particolari" (ex art. 2-sexies D.Lgs. n. 196/2003) al soggetto sopra delegato.

DATA .....

FIRMA del delegante.....

FIRMA del delegato.....