SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Policlinico

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Modulo per presentazione di: Segnalazioni, suggerimenti, reclami ed elogi

- Al Direttore Generale

- All'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Il/la Sig./Sig.ra …… nato/a il ……

Residente a …….. Via ……

Telefono ……

Per conto di: (nome e cognome, grado di parentela) ……

Oggetto della segnalazione: (specificare reparto/servizio) ……

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Data …… Firma ……

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ Il _____

Residente a _____ Via _____ n. ____

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.

Autorizzo, inoltre, il sig./la sig.ra_____,_____ (indicare il legame di parentela)
ad acquisire, per mio conto, le informazioni sopra richieste.

(Località e data) (Firma leggibile)

_____ _____

Per informazioni

Ufficio Relazioni con il Pubblico Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Via del Pozzo, 71 ingresso 1 primo piano
telefono. 059 422.2333 fax 059 422.4186 e-mail poliurp@policlinico.mo.it