

DATI DEL PAZIENTE / PERSONA CHE PRESENTA IL RECLAMO (FACOLTATIVI)

- Nome e Cognome:
- Cell/Telefono: E-mail:
- Relazione con il paziente (se diverso):
 - ☐ Paziente stesso
 - ☐ Familiare/Caregiver
 - ☐ Tutore
 - ☐ Altro (specificare):

DESCRIZIONE DEL RECLAMO

(Indicare in modo chiaro e dettagliato il motivo del reclamo, includendo date, luoghi, persone coinvolte, eventuali testimoni, ecc.)

☐ Allego eventuali documenti a supporto del reclamo

EVENTUALE RISOLUZIONE DESIDERATA

(Indicare cosa si desidera ottenere: chiarimenti, scuse, rimborso, modifica di comportamenti, ecc.)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini della gestione del presente reclamo.

☐ ACCONSENTO

Firma: _____

Data: //____

PER USO INTERNO

Data ricezione reclamo:

Ricevuto da (nome e qualifica): _____

Numero reclamo: _____

Causa del reclamo

Evidenze

Trattamento del Reclamo

Firma RGQ (o incaricato alla risoluzione del reclamo) _____

Esito efficacia soluzione:

☐

Soddisfacente

☐

Insoddisfacente

NOTE

Riferimento ad eventuali Azioni correttive intraprese:

N. rapporto _____ del _____