AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA
Via Giustiniani, 2
35128 Padova

Regione del Veneto
Ufficio Relazioni con il Pubblico

DA COMPILARE A CURA DELL'URP

SCHEDA URP N._____ fascicolo_____ DATA_____

sportello ☐ lettera ☐ telefono ☐ fax ☐ e.mail ☐

Codice Tipologie

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

STRUTTURA/UNITA' OPERATIVA

_____ R ☐ A ☐ S ☐

_____ R ☐ A ☐ S ☐

TIPOLOGIA (descriz. sintetica)

_____

_____

EVENTO SENTINELLA ☐ (cod. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16)

DATA CHIUSURA CASO_____

DATA IN CASO DI ARCHIVIAZIONE_____ ☐anonimato ☐risarcimento ☐segnalazione impropria ☐altro_____

FONDATEZZA: ☐**fondato** ☐**parzialmente fondato** ☐**non fondato**

SODDISFAZIONE AZIENDA	☐**per niente sodd**	☐**poco sodd**	☐**abb sodd**	☐**molto sodd**	☐ **SS**
SODDISFAZIONE URP	☐**per niente sodd**	☐**poco sodd**	☐**abb sodd**	☐**molto sodd**	☐ **SS**

DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE

(TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)

DATA _____

protocollo

SEGNALANTE (*in caso non fosse il paziente*) ☐ **M** ☐ **F**

(*specificare il rapporto con il paziente*) _____

Cognome _____nome _____

Via_____n._____ città_____ CAP_____

nato/a_____il_____professione_____

telefono_____ E-MAIL_____

DIRETTO INTERESSATO ☐ **M** ☐ **F**

Cognome _____nome _____

Via_____n._____ città_____ CAP_____

nato/a_____il_____professione_____

telefono_____ E-MAIL_____

UNITA' OPERATIVA (in cui si sono svolti gli eventi) _____

DATA (in cui si sono svolti gli eventi) _____

Si prega di descrivere in dettaglio quanto Lei vuole esprimere:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce o i reclami dovranno essere presentati **entro 15 giorni** dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti in armonia con il disposto dell'art. 14, comma 5, del Decreto legislativo 502/92, come modificato dal Decreto Legislativo 517/93.

☐ Informativa sulla privacy — Dichiaro di essere a conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.L. n°. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e autorizzo il trattamento dei dati personali.

Firma

_____

I fatti sopradescritti riguardano me stesso ☐ altra persona ☐

Nel caso in cui i fatti descritti riguardino altra persona, la segnalazione deve essere corredata di espressa delega, oppure è possibile utilizzare lo spazio qui sotto predisposto, allegando copia di documento di identità del delegante e del delegato, ai sensi del D.P.R. 445/2000

Io sottoscritto_____ nato a _____ il _____
Residente a _____ in via_____

DELEGO

Il sig./sig.ra_____ nato a _____ il _____
Residente a _____ in via_____

A PRESENTARE SEGNALAZIONE SCRITTA PER MIO CONTO ALL'URP DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

Data _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

INTERVENTI DELL'UFFICIO
(data)

SCHEDA URP N._____

INTERVENTI DELL'UFFICIO

SCHEDA URP N._____

(data)

firma dell'operatore URP

_____

L'utente chiede il riesame dell'istanza da parte della Commissione Mista Conciliativa il _____

Sottoposto alla Commissione Mista Conciliativa in data _____