



A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I

Terni .....

**Struttura Complessa Formazione, Qualità e Comunicazione**

**Direttore Dr. Lorenzoni Luciano**

*Ufficio Relazioni con il Pubblico*

Tel.0744/205669 – Fax 0744/205491

E-mail – [urp@aosp terni.it](mailto:urp@aosp terni.it)

Prot. N° .....

**MODULO PER LA COMPILAZIONE**

*Segnalazione*

*Reclamo*

*Suggerimento*

**Modalità di attivazione**

*Visita*

*Tel.*

*Fax*

*lettera*

*e-mail*

**Inoltrato da:**

*Diretto Interessato*

*Persona legittimata*

*Associazione*

Sig \_\_\_\_\_ Res.te in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Le segnalazioni dei cittadini e degli operatori sono per noi di grande utilità ai fini del miglioramento della qualità dei servizi erogati.

**Dichiara quanto segue (specificare giorno e ora di riferimento):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**In relazione a quanto dichiarato chiede e propone**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma dell'operatore**

**Firma dell'utente**

L'azienda Ospedaliera "S.Maria, in applicazione del Decreto Legislativo 30/06/2003,n. 196, garantisce che il trattamento dei Suoi dati si svolge nel rispetto dei diritti sulla riservatezza circa l'utilizzo dei dati personali

I dati riportati verranno utilizzati esclusivamente per l'approfondimento dei fatti segnalati. Il presente modulo avrà rilievo a tutti gli effetti solo se firmato. La segnalazione anonima non firmata avrà valore solo ai fini statistici.