Gentile signora, egregio signore,

la invitiamo a partecipare attivamente al miglioramento dei nostri servizi, evidenziando gli aspetti positivi ma anche, e soprattutto, ciò che, a suo giudizio, non funziona, attraverso il nostro Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

In caso di disservizio, lei potrà attivare la **procedura dei reclami** presso l’URP utilizzando l’apposito modulo che qui le alleghiamo oppure potrà telefonare al n. 091/6553686 o inviare un fax al n. 091/6553939.

La gestione del sistema di raccolta dei reclami consente all’Azienda di rilevare i problemi esistenti e di prevedere possibili azioni di miglioramento.

Il modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere consegnato allo sportello di prima accoglienza dell’URP che si trova nella palazzina ex AVIS.

L’Ufficio riceve gli utenti dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30 ed il lunedì e mercoledì anche di pomeriggio dalle 14,30 alle 17.00.

**Telefono 091/6553686 - Fax 091/6553939**

**E-mail** [info@policlinico.pa.it](mailto:info@policlinico.pa.it)

La Responsabile

Dr.ssa Rosaria Licata
SCHEDA SEGNALAZIONE

N° ___________ Data ___________

Cognome ____________________________________ Nome ____________________________
Indirizzo ____________________________________ Città ____________________________ Provincia __________
Tel. casa ___________ Tel. Uff./Cell. ___________ Data di nascita ____________

Titolo di studio ____________________________ Professione ____________________________
A nome di (se chi presenta la segnalazione non è il diretto interessato) __________________________________________
Unità Operativa __________________________________________

Oggetto
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________

Firma ____________________________________

Informativa Trattamento dati personali: Informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo vengono trattati dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone (A.O.U.P.) per poter istruire la pratica ed effettuare le dovute indagini a seguito della segnalazione da Lei inoltrata.
Si precisa che, in caso di mancato assenso al trattamento dei dati personali, la segnalazione non potrà essere accettata né evasa. In caso di parere favorevole al trattamento dei dati personali, questi verranno conservati secondo le misure minime di sicurezza previste dal D.Lgs. 196/03 e che i diritti dell'interessato potranno essere esercitati inviando esplicita richiesta scritta al titolare del trattamento (A.O.U.P.).

Autorizzo all'uso dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03
SI' ___ NO _____ Firma______________________________________________
SCHEDA SEGNALAZIONE

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE CHE RICEVE LA SEGNALAZIONE

Operatore____________________________

Mezzo di segnalazione  Colloquio___ Telefonata___ Lettera___ Fax___ E-mail___
Segnalazione ricevuta il_______________ Istruttoria avviata il_________________________

Osservazioni
______________________________________________________________________

Area di provenienza    Ambulatorio___ Laboratorio___ Ricovero___ D.H.___ Altro___
Area disagio__________________________________________   Codice area disagio________
Macrocategoria___________________________________________________________
Microcategoria___________________________________________________________
Istruttoria
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________
_______________________________________________________________________________

Caso chiuso il___________ Risposta scritta SI'___ NO___ Evento sentinella SI'___NO___
Problema fondato___Problema infondato___Problema frequente___Problema episodico___
Proposta di miglioramento SI'___ NO___ Se sì, specificare_____________________________
L'Utente si dichiara soddisfatto________________________ insoddisfatto________________________