AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO

Direzione Generale
Staff Comunicazione e Informazione

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

La Responsabile
Dr.ssa Rosaria Licata

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO

Direzione Generale
Staff Comunicazione e Informazione

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 istrruire 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 dari 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_____**

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO

Direzione Generale
Staff Comunicazione e Informazione

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_____