

RECLAMO       ELOGIO       RILIEVO       SUGGERIMENTO

*Dichiaro di essere consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).*

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ numero di telefono \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
Documento di Identità \_\_\_\_\_ (che allega in fotocopia  
ai sensi dell'Art. 38, comma 3 DPR 28/12/2000 n.445)

***Dichiaro di essere***

- il diretto interessato  
 il genitore (con la potestà genitoriale)

del minore \_\_\_\_\_ nat  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**OPPURE**

- 1  il familiare      2  il legale rappresentante  
3  l'erede      4  Altro (specificare \_\_\_\_\_)

di \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

**(Nel caso si barri una delle quattro condizioni, si prega di allegare il modulo di delega ed il documento di identità del delegato e del delegante)**

***Autorizzo***

*il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico ad eventuale contatto telefonico per informazioni relative alla presente segnalazione:*

AUTORIZZO       NON AUTORIZZO



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI <b>SANT'ORSOLA</b></p>	<p><b>MODULO DI SEGNALAZIONE</b></p>	<p>R01/PA37 Rev. 7 Pag. 3/4 Data appl. 09.10.2023</p>
---	--------------------------------------	---

**Luogo e data in cui è avvenuto l'evento:** (indicare l'Unità Operativa/il reparto/l'ambulatorio/lo sportello, ecc.):

***Autorizzo***

l'Ufficio Relazioni con il Pubblico a fornire riscontro sulla segnalazione presentata attraverso uno dei seguenti mezzi:

- e-mail al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_
- posta ordinaria al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679*

*Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.aosp.bo.it/content/urp](http://www.aosp.bo.it/content/urp)*

**Parte riservata all'URP**

Timbro

L'Operatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**MODULO DI DELEGA**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a..... il.....  
residente in..... Via.....  
documento identità/ riconoscimento..... n. ....  
rilasciato da..... Il.....

*(che allega in fotocopia ai sensi dell'art. 38 comma III DPR 28/12/2000 n. 445)*

**Delega**

Il/la sig./sig.ra.....  
nato/a..... il.....  
residente in..... Via.....  
documento identità/ riconoscimento..... n. ....  
rilasciato da..... Il.....

*(che allega in fotocopia ai sensi dell'art. 38 comma III DPR 28/12/2000 n. 445)*

**Grado di relazione con il soggetto interessato**

il familiare  l'erede  il legale rappresentate  altro: (specificare.....)

Luogo e Data

Firma del delegante \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_