Spett.le Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

e-mail: [urpcagliari@aslcagliari.it](mailto:urpcagliari@aslcagliari.it)

**Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)**

**MODULO PER PRESENTARE RECLAMO/SEGNALRE UN DISSERVIZIO/MANIFESTARE UN SUGGERIMENTO/UN APPREZZAMENTO – ELOGIO**

|  |
| --- |
|  |

*Ogni vostra richiesta ci è gradita perché ci aiuta a migliorare la Qualità dei nostri Servizi.* ***Grazie per la collaborazione***

Il/la sottoscritto/a (dati utentecompilazione obbligatoria in stampatello)

(nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nazionalità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ Tel/Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e- mail**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

in qualità di:diretto interessato familiare **descrive quanto segue:**

**Descrizione dei fatti oggetto della Presentazione reclamo,**

**segnalazione disservizio/suggerimenti/ apprezzamenti-elogi**

|  |
| --- |
|  |

**Presentazione Reclamo o Segnalazione Disservizio Suggerimento Apprezzamento - Elogio**

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ orario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Struttura Aziendale /Servizio/Ufficio/Ambulatorio/Ospedale (*indicare il nome del Presidio Ospedaliero e Reparto*) /Altro in cui è avvenuto l’evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chi era presente *(se persone individuabili)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

nazionalità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cosa è accaduto *(descrizione del fatto)* o cosa si intende segnalare (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si desidera ricevere una risposta: per posta per telefono per e-mail

**Informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii (cd. Codice Privacy), e art. 13 del Reg.UE 2016 (cd. GDPR)**

*I dati forniti mediante la compilazione del presente modulo saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. (C.d. Codice della Privacy) e del Reg.UE (C.d. GDPR), unicamente ai fini del presente procedimento e per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti.*

*L’inserimento delle informazioni personali nel presente modulo è facoltativo, ma la decisione di non indicarle comporterà necessariamente l’impossibilità di dare corso alla procedura e di fornire risposte in merito.*

*Titolare del trattamento è la ASL 8 di Cagliari, con sede Ospedale Marino – Viale Lungomare Poetto n. 12, 09126 - Cagliari.*

*Dato di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è la seguente E-Mail:* [***rpd@aslcagliari.it***](mailto:rpd@aslcagliari.it)

***Il/la sottoscritto/a dichiara*** *di aver preso visione dell’Informativa relativa al trattamento dei dati personali di**cui all’art. 13 del Reg. (UE) 679/2016 (C.d. GDPR) e del decreto legislativo n. 196/2003 e s.m.i. (C.d. Codice Privacy) ed autorizza l’Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 di Cagliari al trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati, poste in essere dalla medesima, per le finalità relative alla gestione della segnalazione (o reclamo/suggerimento/elogio), indicati nel presente modulo.*

**Luogo e Data**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(per esteso)*

Sarà cura dell’U.R.P. acquisire le informazioni e la documentazione necessaria per istruire un appropriato riscontro entro il termine di 30 giorni. fatta sala una particolare complessità della pratica o comunque di non immediata definizione, per la quale sarà inoltrata all’interessato motivata comunicazione scritta tramite e-mail sulla necessità di proroga ai fini dell’espletamento dell’intera pratica, stabilendo un ulteriore termine ordinariamente non superiore a 30 giorni.

**Spazio riservato all’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) della ASL 8 Cagliari**

Il sottoscritto è identificato con documento di identità n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modulo Utente pervenuto o compilato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’URP della ASL n.8 di Cagliari

Tramite: Colloquio di persona Telefonata E-Mail Raccomandata A/R

Finalizzata a:

presentare un reclamo

segnalare un disservizio/problema

esprimere osservazione/suggerimento

manifestare apprezzamento/elogio/ringraziamento

**Operatore URP**: Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Operatore URP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soluzione del problema

**INFORMATIVA**

Gentile Utente,

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, può essere presentato, secondo una le seguenti modalità:

**consegnato a mano all’URP e sottoscritto dall’interessato** in presenza del dipendente addetto unitamente a fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;

**firmato e spedito dall’utente sottoscrittore, allegando fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità**:

* a mano o per Posta con Raccomandata A/R all’ufficio postale della ASL 8 di Cagliari c/o Ospedale Marino, Viale Lungomare Poetto n. 12, 09126- Cagliari – Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP),
* tramite PEC all’indirizzo: [protocollo@pec.aslcagliari.it](mailto:protocollo@pec.aslcagliari.it), indirizzandolo all’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) della ASL 8 di Cagliari
* tramite posta elettronica ordinaria all’ufficio U.R.P. alla seguente E-Mail: [urpcagliari@aslcagliari.it](mailto:urpcagliari@aslcagliari.it)

**Resta ferma la facoltà d’inoltrare segnalazioni/reclami/suggerimenti/apprezzamenti - elogi anche verbali, telefonando allo 070.6093068-7533-7505-7590.**

**MODALITA’ DI COMPILAZIONE DEL MODULO E TEMPI DI RISPOSTA**

Il Modulo dovrà essere compilato in modo chiaro, preciso, dettagliato e con tutte le informazioni necessarie a facilitarne i dovuti accertamenti, l’attivazione della pratica e la sua conclusione.

Non saranno tenuti in considerazione reclami anonimi, generici, esclusivamente offensivi, le richieste compilate parzialmente o presentate/inviate in maniera difforme da quanto richiesto.

È quindi indispensabile indicare nome, cognome, data di nascita e indirizzo esatti e scritti in maniera comprensibile.

Su richiesta dell’utente interessato l’URP darà puntuale risposta al medesimo in modalità scritta tramite mail, o verbale tramite colloquio telefonico o in presenza all’utente interessato circa l’esito della pratica entro 30 giorni dal ricevimento del modulo. Qualora, tuttavia, la pratica sia particolarmente complessa o comunque di non immediata definizione, sarà inoltrata all’interessato motivata comunicazione scritta tramite e-mail sulla necessità di proroga ai fini dell’espletamento dell’intera pratica, stabilendo un ulteriore termine ordinariamente non superiore a 30 giorni.

Il presente modulo sarà reso disponibile presso l’URP o scaricabile dal sito Istituzionale della ASL 8 di Cagliari, accedendo al seguente Link: <https://www.asl8cagliari.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita/>

Per eventuali informazioni, contattare l**’U.R.P.** (**Ufficio Relazioni con il Pubblico) della ASL 8 di Cagliari**

**SEDE**: Poliambulatorio via Turati 4/C Quartu Sant’Elena (CA) primo piano

**telefono:** 070 6093068-7533-7505-7590 ; **e-mail:** [urpcagliari@aslcagliari.it](mailto:urpcagliari@aslcagliari.it)

Orario per il pubblico: **dal lunedì al venerdì**, dalle 8, 30 alle 12,**30 Martedi e Giovedi** dalle ore 15 alle ore 17