

Spett.le Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)
e-mail: 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 utente compilazione 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: rpdcagliari@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, 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

Resta ferma la facoltà d'inoltare 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/inviare 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

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