



Modulo Reclami e Suggerimenti

M.O.D.E. Clinic S.r.l. – Società tra professionisti

Mod.RS
Ed.01 Rev.02
01/10/2024
Pag. 1 di 1

Cognome e nome dell'Utente _____

Se desidera che la risposta o ogni altra comunicazione relativa al suggerimento/reclamo sia inviata per iscritto a Lei o ad un'altra persona, indichi qui di seguito il recapito:

Cognome e nome _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
telefono _____ e-mail _____

IL SUGGERIMENTO/RECLAMO RIGUARDA (segnare con una X la casella che interessa)

- | | |
|---|---|
| ☐ Carenze della struttura | ☐ Erogazione della prestazione |
| ☐ Operato/Comportamento del personale sanitario | ☐ Orari prestazione |
| ☐ Operato/Comportamento del personale amministrativo | ☐ Altro _____ |

Descriva qui sotto cosa è accaduto ed il motivo del Suo reclamo/suggerimento:

È la prima volta che fa questo reclamo/suggerimento? Sì ☐ No ☐

- Se la Sua risposta è stata No:
- ☐ la precedente risposta non è stata chiara/completa
 - ☐ il problema non è stato ancora risolto
 - ☐ il problema si è ripresentato

Data _____ **Firma dell'Utente** _____

Informativa ai sensi del REG UE 2016/679 e del D. Lgs. 101/2018

La informiamo che la sua spontanea fornitura di informazioni di natura personale attraverso il presente modello non necessita di alcun esplicito consenso. I suoi dati saranno trattati esclusivamente con le finalità di gestire il reclamo da lei formulato e inviarle opportuno riscontro giusta conoscenza e competenza. I dati relativi al reclamo saranno archiviati per 5 anni allo scopo di monitorare l'andamento nel tempo e perseguire il miglioramento organizzativo. Al termine dei 5 anni i dati personali associati al reclamo saranno tutti cancellati, mentre potranno persistere i contenuti del reclamo in altra documentazione interna, senza alcuna associazione con il reclamante

SPAZIO RISERVATO AL CENTRO

Analisi delle cause:

Provvedimenti:

Comunicazioni all'utente:

Data _____ **Firma del Responsabile** _____