



**OSPEDALE ONCOLOGICO
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A
CARATTERE SCIENTIFICO**

BARI

Allegato A

Segnalazione di disservizio

Gentile Signore/a, La invitiamo a segnalarci, tramite la presente scheda, eventuali disagi o disservizi da Lei rilevati, al fine di migliorare la qualità dei nostri Servizi.

COGNOME _____ **NOME** _____

RESIDENTE A _____ **VIA** _____

TEL. _____ / _____

LUOGO DELL'ACCADUTO: Reparto _____

Ambulatorio _____

Sportello _____

Altro _____

DATA DELL'ACCADUTO:

lun/mar/mer/gio/ven/sab/dom/ _____ / _____ / _____ alle ore _____ / _____

EPISODIO E' ACCADUTO:

A me stesso

A un mio familiare

Altro

L'OPERATORE DIRETTAMENTE COINVOLTO NEL DISSERVIZIO E':

Non ho chiesto il nome

Medico

Infermiere

Ausiliario

Tecnico

Altro

Regione Puglia
ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
ONCOLOGICO

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Scheda per l'UTENTE da utilizzare in caso di comunicazioni e suggerimenti per eventuali disfunzioni

Verbale <input type="radio"/>	Con modulo <input type="radio"/>	Telefonica <input type="radio"/>	Con lettera <input type="radio"/>
---	--	--	---

Sig.ra/Sig. _____ **Tel.** _____

Abitante a _____ **Via** _____

Oggetto

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Ricevuto il _____ da _____	
La risposta all'utente è stata data <input type="radio"/> per telefono <input type="radio"/> per lettera	
La segnalazione è stata inoltrata a:	
<input type="checkbox"/> Direzione Generale	<input type="checkbox"/> Direzione Sanitaria
<input type="checkbox"/> Direzione Amministrativa	<input type="checkbox"/> Responsabile U.O.
Trasmessa all'Ufficio _____	il _____