

## MODULO SEGNALAZIONI/OSSERVAZIONI/RECLAMI

Rev. 1 (emissione) data: 10-01-26

### DATI DEL SEGNALANTE

(è un suo diritto non conferire tutti o alcuni dei dati richiesti e chiedere rettifica o cancellazione degli stessi. il mancato consenso impedirà di dare esecuzione a tutte le attività previste a seguito della segnalazione; in ogni caso le segnalazioni anonime o prove di recapito non saranno considerate utili per il conferimento di adeguata risposta)

Nome e cognome del segnalante \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### PER CHI SEGNALA

- per se stesso
- per conto di \_\_\_\_\_  
Relazione di parentela o altro: \_\_\_\_\_

### TIPOLOGIA:

reclamo     segnalazione     disservizio     ringraziamento     suggerimento

### FORMA:

verbale     telefonica     nota scritta     mail

### OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE/OSSERVAZIONE/RECLAMO/ENCOMIO

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

Data: \_\_\_\_\_ Firma del segnalante \_\_\_\_\_

il sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali solo nell'ambito della procedura riferita alla presente segnalazione ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e successive modifiche

### PARTE A CURA DELLA DIREZIONE

Data di ricezione della segnalazione: \_\_\_\_\_

la segnalazione viene presa in carico?: Sì \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

In caso di non presa in carico, indicare il motivo: \_\_\_\_\_

in caso di presa in carico, indicare le azioni intraprese: \_\_\_\_\_

Data di applicazione: \_\_\_\_\_ Efficacia dell'azione intrapresa: Positiva \_\_\_ Negativa \_\_\_

Data e firma: \_\_\_\_\_

### Fondazione TOG ETS

Unità di Offerta Sociosanitaria RIA accreditata con D.R. n. XII/1839 del 05/02/24

Via Livigno 1, 20158 Milano

CF: 97608390155

[fondazionetog.org](http://fondazionetog.org)