

	Titolo		ALL 17A		
	GESTIONE RECLAMI		Rev.	Data	Pagina
			0	02/03/2026	1 di 2

MODULO SEGNALEZIONE / RECLAMO

DATI DEL SEGNALEANTE

Nome e Cognome: _____

Data di nascita (facoltativa): _____

Telefono: _____

Email: _____

(Barrare se si desidera rimanere anonimi) ☐

TIPOLOGIA DI SEGNALEZIONE

- ☐ Reclamo
☐ Segnalazione
☐ Suggerimento

AREA INTERESSATA

- ☐ Accettazione / Amministrazione
☐ Attività ambulatoriale
☐ Diagnostica per immagini
☐ Area chirurgica
☐ Personale sanitario
☐ Altro: _____

DESCRIZIONE DELLA SEGNALEZIONE

(Si prega di descrivere in modo chiaro e dettagliato quanto accaduto, indicando data, luogo ed eventuali persone coinvolte)

EVENTUALI DOCUMENTI ALLEGATI

- ☐ Sì
☐ No

	Titolo		ALL 17A		
	GESTIONE RECLAMI		Rev.	Data	Pagina
			0	02/03/2026	2 di 2

Se sì, specificare: _____

RICHIESTA DI RISCONTRO

Si desidera ricevere risposta:

☐ Sì

☐ No

Se sì, indicare modalità preferita:

☐ Email

☐ Telefono

☐ Altro: _____

DATA E FIRMA

Data: _____

Firma (se non anonimo): _____

INFORMATIVA PRIVACY

I dati personali forniti saranno trattati da Polaris Medical Service nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per la gestione della presente segnalazione/reclamo e per le attività connesse.

(da non compilare a cura del paziente)

Numero reclamo: _____

Data ricezione: _____

Ricevuto da: _____

Responsabile gestione: _____

Esito: _____

Data chiusura: _____