



CENTRO DIAGNOSTICO L.S. – AGG 502

Via Miccoli, 6 - 80039 Saviano (Na)
Tel. Fax 081 8201215

Mod. SR
Rev. 4
02/01/2025

SUGGERIMENTI E RECLAMI

Cognome e nome dell'Utente/genitore _____

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 ☐ Altro
- ☐ Operato/comportamento del personale in accettazione
- ☐ Operato/comportamento del personale sanitario

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

E' 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 dell'art. 13 D. R.EU 679/2016 sul trattamento dei dati personali

I dati riportati costituiranno oggetto di trattamento finalizzato alla elaborazione ed archiviazione dei dati dei pazienti del Laboratorio Bidello. Il conferimento dei dati non è obbligatorio. Il paziente, o chi ne fa le veci, potrà in ogni momento revocare l'autorizzazione al trattamento dei dati e richiedere la cancellazione degli stessi facendo pervenire comunicazione scritta a: labspallanzani@libero.it

Firma per il consenso _____

SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO

Analisi delle cause:

Provvedimenti:

Data _____ Firma del Responsabile _____

CONTATTI OVE INVIARE IL QUESTIONARIO

INDIRIZZO: Centro Diagnostico L.S. - Via Miccoli, 6 - 80039 Saviano (Na)

MAIL: labspallanzani@libero.it