

BREAST UNIT

SEGNALAZIONI/RECLAMI/OSSERVAZIONI/SUGGERIMENTI

Gentile utente,

nell'ambito dei percorsi di qualità e sicurezza delle cure che sono stati attivati in seno alla BREAST UNIT, la possibilità di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio e, quindi, le Sue segnalazioni/reclami/osservazioni/suggerimenti sono importantissimi per aiutarci a fare sempre meglio nella tutela della Sua salute e delle altre pazienti. Tutte le considerazioni che vorrà segnalarci rappresentano uno strumento di partecipazione attiva alla prestazione del servizio e alla qualità percepita, insieme ad un'informazione corretta, chiara e completa e alla collaborazione con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

In Reparto o presso l'Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) può richiedere la scheda apposita da compilare ed introdurre nella cassetta a fianco alla presente comunicazione. La stessa scheda è scaricabile dal sito www.sanita.puglia.it seguendo il percorso Home- medicina legale e fiscale- medicina legale – modulistica medicina legale.

In alternativa, può sempre inviare le Sue considerazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico all'indirizzo e-mail urp@asl.taranto.it o chiamando al numero di telefono 800529657 dal LUNEDI al VENERDI dalle 09.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00.

La Ringraziamo per la Sua partecipazione.

DIREZIONE MEDICA POC

URP

SS RISCHIO CLINICO

BREAST UNIT

SEGNALAZIONI/RECLAMI/OSSERVAZIONI/SUGGERIMENTI



MODULO PER: SEGNALAZIONI-SUGGERIMENTI-RECLAMI-ELOGI DEI CITTADINI

Io sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ Residente in via _____

CAP _____ Località _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Segnalo quanto accaduto: a me stesso/a al Signor/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ Residente in via _____

CAP _____ Località _____ Telefono _____

In qualità di: Esercente potestà di genitore Tutore Delegato
 Amministratore di sostegno (compilare l'atto di delega sul retro del modulo)

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Struttura interessata: Ospedale di _____ Reparto/Servizio _____

SPAZIO RISERVATO ALLA DESCRIZIONE DEI FATTI