

**MODULO PER LA PRESENTAZIONE DI RECLAMI, ELOGI, OSSERVAZIONI**

**Cosa** intende segnalare?

---

---

---

---

---

**Dove** si è verificato il fatto che intende segnalare?

---

---

---

**Quando** si è verificato il fatto che intende segnalare? \_\_\_\_\_

Al fine di facilitare il contatto, ci indichi, per favore:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Data di compilazione del presente modulo: \_\_\_\_\_

Questo modulo può essere trasmesso mediante posta (URP, Policlinico Città di Udine, Viale Venezia 410, 33100 Udine), fax (0432.232081), e-mail ([urp@policlinicoudine.it](mailto:urp@policlinicoudine.it)), o più semplicemente imbucato in una delle cassettoni dedicate alla raccolta dei questionari di gradimento.

La segnalazione verrà gestita nella massima riservatezza. Di norma entro 15 giorni dalla data di ricevimento della presente, Le sarà inviata una lettera di riscontro/risposta.

Grazie per la collaborazione.

**L'Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Le informazioni raccolte con il presente modulo e con l'eventuale successiva istruttoria verranno trattate nel rispetto del Codice per la protezione dei dati personali esclusivamente per la gestione della segnalazione.