|  |  |
| --- | --- |
| Numero Verde Sanità800-991170 | Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)C.F. e P.IVA 01337320327 - Via Costantino Costantinides, 2 34128 TRIESTE (TS) - asugi@certsanita.fvg.it |

**SSD Comunicazione, URP, Relazioni Esterne e Ufficio Stampa**

MODULO OSSERVAZIONI DEI CITTADINI

 [ ] SUGGERIMENTO [ ] SEGNALAZIONE [ ] RECLAMO [ ] ELOGIO

Il/la sottoscritta/a, anche con finalità di autocertificazione/dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall’ art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, dichiara quanto segue:

Cognome\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo. Nome\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo.Codice Fiscale\*: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.Nato/a il\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo. a\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo. residente in via\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo. CAPFare clic o toccare qui per immettere il testo.LocalitàFare clic o toccare qui per immettere il testo.Telefono/cellulare\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo.e-mail Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Segnalo quanto accaduto in data:**Fare clic o toccare qui per immettere il testo.[ ]  **a me stesso/a** [ ]  **al/alla Signor/a**

Cognome\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo.Nome\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo. Codice Fiscale\*: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.Nato/a il\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo. a\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo.residente in via\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo.CAPFare clic o toccare qui per immettere il testo.LocalitàFare clic o toccare qui per immettere il testo.Telefono/cellulare\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo. e-mailFare clic o toccare qui per immettere il testo.

In qualità di: [ ]  Amministratore di sostegno [ ]  Tutore [ ]  Esercente responsabilità genitoriale [ ]  Delegato [ ]  Altro Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

# OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

**Struttura coinvolta** *(barrare solo la casella che interessa):*

[ ] Ospedale di Fare clic o toccare qui per immettere il testo. [ ] Reparto/ServizioFare clic o toccare qui per immettere il testo. [ ] DistrettoFare clic o toccare qui per immettere il testo. [ ] Altro Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Personale coinvolto: Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

* **Campi obbligatori**

**Segnalazioni/reclami relativi a fatti occorsi ad altra persona**

In relazione alla Sua segnalazione/Suo reclamo, in base al GDPR ed alla normativa relativa al segreto professionale ed al segreto d’ufficio, le informazioni contenenti dati personali e sensibili possono essere fornite solo al diretto interessato. Pertanto, se la Sua segnalazione/Suo reclamo è relativa/o a fatti occorsi ad altra persona, per poterle fornire una risposta scritta ed evadere la Sua richiesta, è necessario che la persona interessata compili l’atto di delega alla pag. 3/4 del presente modulo.

**Attenzione:** le segnalazioni anonime ovvero quelle prive di eventuale delega debitamente firmata dall’interessato non avranno riscontro ma verranno prese in considerazione ai fini del miglioramento della qualità del servizio.

La presentazione del reclamo non impedisce di intraprendere vie legali a tutela dei propri diritti.

**Descrizione dei fatti:**

Immettere il contenuto che si vuole ripetere, inclusi altri controlli contenuto. È anche possibile inserire il controllo intorno alle righe di tabella per ripetere parti di una tabella.

**Che cosa chiedo:**

Immettere il contenuto che si vuole ripetere, inclusi altri controlli contenuto. È anche possibile inserire il controllo intorno alle righe di tabella per ripetere parti di una tabella.

|  |  |
| --- | --- |
| Data Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Firma del segnalante:Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Data Fare clic o toccare qui per immettere il testo. | Firma per accettazione privacy:Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| **Allegare copia del documento d’identità** |

**Come inviare la presente segnalazione**

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, va consegnato agli uffici URP di ASUGI o trasmesso per posta, fax, posta elettronica ai recapiti indicati a pag. 3/4 con allegato il documento di identità.

**ATTO DI DELEGA**

Il/la sottoscritto/a\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo.nato/a a\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo. il\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo.residente a \*Fare clic o toccare qui per immettere il testo.in via Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**In qualità di:**

[ ]  Genitore [ ]  Figlio/a [ ]  Coniuge/convivente [ ]  Altro

# DELEGA

*(barrare solo la casella che interessa)*

[ ]  a presentare la segnalazione [ ]  a presentare la segnalazione e a ricevere risposta

Il/la sottoscritto/a\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo. nato/a a\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo. il\* Fare clic o toccare qui per immettere il testo.residente a\*Fare clic o toccare qui per immettere il testo. in via Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Data:Fare clic o toccare qui per immettere il testo.Firma del deleganteFare clic o toccare qui per immettere il testo.

### Allegare copia del documento di identità dell’interessato

**PER LA CONSEGNA /INVIO DEL PRESENTE MODULO DI SEGUITO I RIFERIMENTI:**

Invio posta elettronica: asugi@certsanita.fvg.it

Consegna di persona / posta presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico a:

**TRIESTE:** lunedì, mercoledì e venerdì, dalle 8:30 alle 13:00, e-mail urp.trieste@asugi.sanita.fvg.it. URP Area Territoriale - via Sai n. 1-3, tel. 040 3997180

URP Area Ospedaliera - sede Ospedale di Cattinara, Strada di Fiume 447, palazzina Direzione Infermieristica Piano terra, tel. 040 399 4880

**GORIZIA**: lunedì e giovedì dalle 9:00 alle 12:00, via Fatebenefratelli 34 Gorizia tel. 0481 592083 / e-mail: urp.gorizia@asugi.sanita.fvg.it

**MONFALCONE:** martedì e venerdì dalle 9:00 alle 12:00, via Galvani 1 Monfalcone (GO) tel. 0481 487583 fax. 0481 487582 / e-mail: urp.monfalcone@asugi.sanita.fvg.it

Oppure si possono utilizzare le cassette di raccolta delle segnalazioni presso:

* Ospedale di Cattinara: ufficio URP Palazzina Direzione Infermieristica (TS)
* Ospedale Maggiore: nell’ingresso principale di Piazza dell’Ospitale, 1 (TS)
* Ospedale di Monfalcone: ingresso principale - Edificio A - piano terra - di fronte la portineria.
* Ospedale di Gorizia: Edificio Y - piano terra area ambulatoriale/amministrativa, dopo il Cup, corridoio a sinistra

## Campi obbligatori

**Informativa sulla privacy**

Gentile Interessato,

l’Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, Titolare del trattamento dei dati personali, con sede in Trieste (TS), Via Costantino Costantinides, 2 (di seguito Azienda), La informa su come saranno trattati i Suoi dati personali e quelli dei soggetti da Lei rappresentati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di competenza dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Le normative europee e quella nazionale sulla tutela dei dati personali e della dignità degli individui impongono cautele particolari per il trattamento dei dati personali, in particolare per quelli definiti “particolari”, come ad esempio le informazioni idonee a rivelare l’origine etnica o razziale, l’appartenenza a partiti, sindacati, associazioni, organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale e i dati idonei a rivelare lo stato di salute e le abitudini sessuali.

Questi dati possono essere trattati soltanto per quanto strettamente necessario alla finalità per la quale sono stati raccolti e secondo le prescrizioni dell’Autorità Garante per la protezione dei dati personali. La informiamo pertanto che:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per:
	* verificare le circostanze del disservizio segnalato
	* fornirle una risposta
	* in forma anonima per elaborare le relazioni periodiche sulla partecipazione dei cittadini al miglioramento dei servizi;
2. Per il trattamento dei Suoi dati verranno utilizzati supporti cartacei, informatici e/o telematici e procedure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza necessarie;
3. Fornire i dati è facoltativo, ma l’eventuale rifiuto di fornirli o non autorizzarci espressamente al trattamento non ci consentirà di darLe una risposta alla segnalazione;
4. I dati da Lei forniti saranno comunicati solo se strettamente necessario ai fini della verifica delle circostanze segnalate ed esclusivamente a persone che, come noi, sono autorizzate al trattamento e tenute all’obbligo di riservatezza nell’ambito della loro attività lavorativa;
5. In ogni momento Lei potrà: - ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che La riguardano; - ottenere la comunicazione dei dati forniti in forma agevolmente comprensibile; - verificare i dati forniti o chiederne la correzione qualora li ritenesse sbagliati, l’integrazione, il blocco del trattamento o la cancellazione, tranne che per i trattamenti obbligatori per legge;
6. Il Titolare del trattamento dei Suoi dati è l’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina nella persona del Direttore generale e il Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer), nominato con Decreto n. 377 del 23/05/2018, è contattabile alla mail: rpd@asugi.sanita.fvg.it

Per esercitare i Suoi diritti di cui al punto 5 potrà rivolgersi all’Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) n. 679/2016, si informa che i dati personali contenuti nella presente comunicazione saranno trattati da ASUGI – ed eventualmente da soggetti terzi appositamente nominati Responsabili del trattamento ex art. 28 del menzionato Regolamento (UE) n. 679/2016 –, anche con strumenti informatici e per il tramite di soggetti a ciò autorizzati, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il Titolare del trattamento Il Direttore Generale