MODULO DI RISOLUZIONE RECLAMO PRIVACY

PAZIENTE: COGNOME	NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO		
STRUTTURA	UNITA'	

ISTRUZIONI: **CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente.

RISOLUZIONE RECLAMO SULLA PRIVACY

DESCRIZIONE DEL RECLAMO DEL PAZIENTE (INDICARE QUALI INFORMAZIONI RITENETE CHE SIANO STATE UTILIZZATE/RIVELATE IN MODO IMPROPRIO E DA CHI):

RISOLUZIONE (COMPRESO IL PROVVEDIMENTO CONSIGLIATO):

Direttore/Vicedirettore

DATA