USLUmbria1

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1

Ufficio Relazioni con il Pubblico
Perugia, via Guerra n. 17 – 06127 Perugia
Fax 075 5416214
e-mail: urp@uslumbria1.it

Scheda Segnalazione di Incidenti/Eventi a cui il paziente ha assistito

Dove si è verificato il fatto:
Ospedale_____
Distretto _____
Altro _____

☐ **INCIDENTE**
☐ **EVENTO**

Data _____

Da compilare a cura di chi presenta la Segnalazione

Cognome e Nome_____
Indirizzo_____Telefono _____
CAP _____Città _____
e-mail _____PEC _____

Dati relativi alla Persona che ha vissuto il fatto

☐ medesimo ☐ parente ☐ conoscente ☐ altro

Descrizione del fatto

Il giorno _____ alle ore_____ presso il Servizio/Unità Operativa _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

N.B - Con la firma si esprime il consenso e l'autorizzazione, ai sensi della legge 765/96 e del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i., al trattamento dei dati personali e sensibili forniti, che saranno trattati esclusivamente per finalità connesse alla gestione del presente procedimento.

Firma di chi riceve la segnalazione

_____

Firma del Paziente

_____