

## SCHEDA SEGNALAZIONE RECLAMO / DISSERVIZIO / ELOGIO

Ricevuto a mezzo:  telefono  di persona  mail  altro (specificare) \_\_\_\_\_

### PARTE 1: ORIGINE E DESCRIZIONE DEL RECLAMO / DISSERVIZIO / ELOGIO

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

segnalo quanto verificatosi il giorno \_\_\_\_\_ presso l'ambulatorio Oculistico Oftalmos Medica

Breve descrizione dei fatti:

---

---

---

Segnalo quindi la necessità di:

---

---

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Trattamento dei dati personali. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (GDPR), La informiamo che i dati personali richiesti nel presente modulo saranno trattati da OFTALMOS MEDICA S.a.s nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento e come meglio illustrato nella informativa che può richiedere in segreteria.

### PARTE 2: ANALISI DEL RECLAMO E AZIONI CORRETTIVE (riservato alla Direzione Medica)

Possibili cause \_\_\_\_\_

---

Azioni correttive: \_\_\_\_\_

---

**PARTE 3: VERIFICA** Data verifica \_\_\_\_\_ Firma Responsabile \_\_\_\_\_

Attuazione:  positiva  negativa data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Efficacia:  positiva  negativa data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  Notifica all'utente in data \_\_\_\_\_ a mezzo \_\_\_\_\_

#### Oftalmos Medica S.a.s di Enrico Mantovani e C.

Direttore Sanitario: Dott. Mantovani Enrico (Medico Chirurgo, specialista in oftalmologia)

Sede legale e operativa: Via Thomas Alva Edison, 26 – 35136 Padova PD

Telefono 049 8736192 mail: [oftalmosmedicasas@gmail.com](mailto:oftalmosmedicasas@gmail.com) – pec: [oftalmosmedica@pec.it](mailto:oftalmosmedica@pec.it)

C.F. 04876310287 P.IVA 04876310287 CCIAA e Numero REA: PD 0425267 Capitale Sociale i.v.: € 1.000