



IRCCS

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sacro Cuore - Don Calabria

Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto

Ufficio Relazioni con il Pubblico: tel. 045 6013207 - email: informazioni@sacrocuore.it

MODULO UNICO REGIONALE PER COMUNICAZIONI UTENTE - URP SANITÀ

Tipologia di contatto: ☐ Elogio ☐ Suggerimento ☐ Reclamo ☐ Richiesta Informazioni

Ho letto e accetto l'informativa in materia di protezione dei dati personali dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico ☐

<https://www.sacrocuore.it/wp-content/uploads/2025/05/informativa-privacy-urp.pdf>

DATI ANAGRAFICI DEL SEGNALANTE

Cognome		Nome	
Nata/o il		a	
Codice fiscale			
Residente in via			
Comune		Provincia	
Telefono		email	

La comunicazione è fatta a nome e per conto di altri?

☐ SÌ (compilare parte sottostante)

☐ NO

DATI ANAGRAFICI DELL'INTERESSATO (obbligatorio se diverso dal segnalante)

Cognome		Nome	
Nata/o il		a	
Codice fiscale			
Residente in via			
Comune		Provincia	
In qualità di es.: figlio, genitore, nipote, amico, volontario associazione, ecc.			

☐ Allegare documento d'Identità dell'interessato.

Compilare la delega sottostante o allegare l'autocertificazione dello stato di tutore in caso l'interessato sia un figlio minore, un amministrato o un soggetto tutelato

☐ Allegare autocertificazione.

Il/La sottoscritto/a (soggetto interessato)	
documento di identità n.	
DELEGA il sig. / la sig.ra	
documento di identità n.	
a presentare la comunicazione, a rappresentare l'interessato nell'azione di tutela e a ricevere risposta in merito	
Luogo, data e firma del delegante	

OGGETTO DELLA COMUNICAZIONE

Luogo in cui si è verificato l'evento	
Data in cui si è verificato l'evento	

DESCRIZIONE

--

COSA SI CHIEDE ALLA STRUTTURA? (solo in caso di richiesta informazioni o reclamo)

--

Le comunicazioni recanti insulti, ingiurie, minacce o qualsiasi altra forma di offesa sono esclusi dall'attività istruttoria e sono trasmessi ai competenti uffici al fine di garantire la tutela dei soggetti offesi e del decoro degli enti del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

Luogo, data e firma del segnalante	
------------------------------------	--