

Policlinico di Monza	REGISTRO SEGNALAZIONI	MO1901023
-------------------------	------------------------------	-----------

SEGNALAZIONE N.	<u>Data</u>	<u>Ora</u>	<u>NOME</u>
Indirizzo:			Tel.
<u>Tipo di segnalazione:</u> <u>VERBALE – SCRITTA – TELEFONICA – ALTRO</u>			
<u>Descrizione dell'evento:</u>			
FIRMA			
<u>Ente o reparto responsabile del processo:</u>			
<u>Indagine:</u>			
<u>N.C.: SI / NO</u>			
<u>Causa N.C.:</u>			
<u>Azione intrapresa:</u>			<u>Resp.</u>
			<u>Entro Il</u>
			<u>Esito</u>
<u>Risposta al paziente:</u>			
VERBALE			
SCRITTA			
<u>Data chiusura</u>	<u>Responsabile</u>	<u>Esito</u>	

Si ricorda che il modulo è da far compilare al paziente/cliente nella prima parte (fino alla firma dello stesso), poi recapitarlo all'ufficio URP.