

## MODULO PER ACCESSO URP

Ogni segnalazione è importante per noi. Grazie al contributo di ogni utente, possiamo migliorare la qualità dei servizi offerti e rispondere meglio alle esigenze di tutti i cittadini. Può utilizzare questo modulo per inviare suggerimenti, esprimere apprezzamenti, fare richieste o segnalare eventuali problemi. Ogni istanza sarà esaminata con la massima attenzione e riservatezza.

### Tipologia di accesso *(si prega di selezionare una sola opzione)*

- SEGNALAZIONE   
  RECLAMO   
  RINGRAZIAMENTO/ELOGIO  
 RICHIESTA   
  SUGGERIMENTO/PROPOSTA

### Dati dell'utente o del delegato \*

Cognome e Nome			
Indirizzo (via, CAP, città)			
Nato/a il		Città	
Telefono		e-mail pec	

\*allegare copia di un documento di identità

### Dati del delegante *(da compilare se chi segnala non è il diretto interessato) \**

Cognome e Nome			
Indirizzo (via, CAP, città)			
Nato/a il		Città	
Telefono		e-mail pec	

\*allegare delega e copia di un documento di identità del delegato e del delegante

Reparto/Servizio in cui è avvenuto l'evento segnalato: \_\_\_\_\_

- Area L'Aquila   
  Area Avezzano   
  Area Sulmona

## DESCRIZIONE

---

## INFORMATIVA PRIVACY

I dati personali che la riguardano verranno trattati ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati). Per prendere visione dell'informativa sul Trattamento dei dati personali nell'ambito delle attività svolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (PRY-INF-010 Rev 1.4 del 04/01/2025) andare nella sezione "Privacy" del sito [www.asl1abruzzo.it](http://www.asl1abruzzo.it) o inquadra il QR Code.



Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra richiamata.

Firma

*Firma della persona che segnala o del delegato*

Data della firma

*giorno*

*mese*

*anno*

## INFORMAZIONI SULLA PROCEDURA DELLA SEGNALAZIONE

Secondo l'attuale procedura aziendale, la sua segnalazione verrà registrata in un apposito "Registro segnalazioni" con numerazione progressiva. L'URP la trasmetterà al direttore/responsabile del Servizio/Unità operativa coinvolti per acquisire un riscontro a quanto segnalato. Non verranno prese in considerazione le istanze compilate parzialmente o presentate in maniera difforme da quanto richiesto.

La sottoscrizione di questo modulo autorizza l'utilizzo dei dati e il consenso alla procedura del reclamo.

Firma

*Firma della persona che segnala o del delegato*

Data della firma

*giorno*

*mese*

*anno*

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, va consegnato secondo una delle seguenti modalità:

- Consegnato in busta chiusa o inviato per posta ordinaria a una delle sedi URP della ASL1
- Consegnato in busta chiusa o inviato per posta ordinaria all'Ufficio Protocollo della sede legale della Asl 1 Abruzzo- via Avezzano 11/c – 67100 L'Aquila
- Inviato a mezzo mail a [urp@asl1abruzzo.it](mailto:urp@asl1abruzzo.it)

Punti URP della Asl1

- L'Aquila: ospedale San Salvatore, via Lorenzo Natali 1 – edificio L2 piano terra
- Avezzano: ospedale civile SS. Nicola e Filippo, via G. Di Vittorio
- Sulmona: ospedale dell'Annunziata, via G. Mazzini 100 c/o ex Distretto sanitario (locali Formazione)