

FAC SIMILE DENUNCIA MALASANITÀ

Luogo : _____ Data : _____

Dati del Denunciante:

Nome e Cognome : _____

Codice Fiscale : _____

Indirizzo : _____

Telefono : _____

Email : _____

Dati della Struttura Sanitaria:

Nome Struttura : _____

Indirizzo Struttura : _____

Reparto/Dipartimento : _____

Descrizione del Fatti:

Il sottoscritto denuncia quanto segue in merito a presunti casi di malasanità subiti presso la struttura sanitaria sopra indicata. Si riporta una descrizione dettagliata dei fatti, delle cure ricevute e delle eventuali conseguenze riportate. Si evidenzia l'eventuale negligenza, imperizia o imperfezione nell'erogazione del servizio sanitario che si ritiene abbia causato danni fisici o morali.

Danni Subiti:

Descrizione dettagliata dei danni fisici, psicologici o economici subiti a seguito dell'episodio di malasanità. Vanno indicati gli effetti sulla salute, la qualità della vita e le eventuali spese sostenute per cure o terapie.

Richiesta:

Si richiede un risarcimento adeguato ai danni subiti e/o l'adozione delle misure necessarie per evitare il ripetersi di simili episodi. Si chiede altresì di essere informati sugli esiti delle verifiche e degli eventuali provvedimenti adottati.

Allegati:

Elenco degli eventuali documenti allegati alla denuncia, come referti medici, certificati, foto, testimonianze e altri elementi utili a comprovare i fatti.

Firma del Denunciante

Firma del Testimone (se presente)

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://documenti-esperti.com/fac-simile-denuncia-malasanita/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://documenti-esperti.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.