



Modulo per la segnalazione dei reclami – D.M. e IVD - da parte dell'operatore sanitario

da trasmettere da parte degli operatori sanitari alla UOC Farmacia Ospedaliera
indirizzo e-mail vigilanzadm@aulss8.veneto.it

Data di compilazione del reclamo _____

Numero interno del reclamo _____

DATI DELL'OPERATORE SANITARIO COMPILATORE DEL MODULO

Cognome e Nome	
Qualifica	
Regione	
Struttura sanitaria di appartenenza	

DATI RELATIVI AL DISPOSITIVO MEDICO

Fabbricante	
Mandatario (se disponibile)	
Tipo di dispositivo (MD, IVD, AIMD)	
CND	
Numero progressivo di registrazione del dispositivo presso il Ministero della Salute (se disponibile)	
Classe del dispositivo (se disponibile)	
Codice del dispositivo del fabbricante (codice catalogo)	
Nome commerciale del dispositivo	

Numero di lotto o di serie	
UDI-DI di base (se disponibile)	

Descrizione del reclamo

.....

.....

.....

.....

Firma

Data nella quale è stata trasmessa la segnalazione del reclamo al
fabbricante/mandatario/fornitore

(compilazione a cura della Farmacia Ospedaliera)

Link: <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/41681>

*Tel. 0444-75.3484/75.3381 /75.7460 Fax 0444-931151
e mail: vigilanzadm@aulss8.veneto.it*