

**Scrivere in stampatello in modo chiaro e compilare tutte le sezioni del presente modulo, quindi inviarlo all'indirizzo:**

Office of Professional Medical Conduct  
Central Intake Unit  
Riverview Center  
150 Broadway- Suite 355  
Albany, NY 12204-2719

**(Nel presente modulo deve figurare la firma originale)**

Tutte le segnalazioni di cattiva condotta vengono trattate in modo riservato e protette dal rischio di un'eventuale divulgazione in conformità alla Legge sulla sanità pubblica dello Stato di New York, Sezioni 230(10)(a)(v) e 230(11)(a). Chiunque in buona fede e senza malizia provveda a segnalare o fornire informazioni alla Commissione per la disciplina della professione medica (Board for Professional Medical Conduct) non sarà soggetto ad azioni per responsabilità civili o altro provvedimento in conseguenza della segnalazione presentata in conformità alla Sezione 230(11)(b).

**Prima di compilare il presente modulo, leggere le istruzioni a pagina 4.**

## INFORMAZIONI PERSONALI

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sec. nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
Numero civico e via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero in orario diurno \_\_\_\_\_ Numero in orario serale \_\_\_\_\_

## RECLAMO RELATIVO A UN MEDICO O ASSISTENTE MEDICO

Nome medico/assistente medico \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sec. nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
Numero civico e via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SUI PAZIENTI

\*\* È possibile aggiungere ulteriori nominativi di pazienti in un foglio separato.

Nome paziente \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sec. nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mese \_\_\_\_\_ Giorno \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_





## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI RECLAMO

Per presentare un reclamo relativo a un medico (M.D. o D.O. ovvero dottore in medicina o in osteopatia), un assistente medico o assistente specialista abilitato all'esercizio della professione dallo Stato di New York, compilare il presente modulo e inviare la copia originale all'indirizzo:

NYS Department of Health  
Office of Professional Medical Conduct  
Riverview Center 150 Broadway, Suite 355  
Albany, New York 12204-2719

In caso di domande in merito alla compilazione del presente modulo, contattare l'OPMC (Office of Professional Medical Conduct, Ufficio per la disciplina della professione medica) al numero: (800) 663-6114 o (518) 402-0836

Le informazioni inviate verranno analizzate da personale addestrato. L'OPMC provvederà a esaminare tutti i casi di potenziale cattiva condotta professionale. Qualora sia necessario l'intervento di un altro ufficio, il reclamo verrà inoltrato all'ufficio competente per la risoluzione delle problematiche sollevate.

Affinché il reclamo possa essere correttamente esaminato, procedere come segue:

- Scrivere al computer o a penna in stampatello in modo chiaro.
- Fornire una descrizione dettagliata del reclamo.
- Indicare i nomi di eventuali testimoni.
- Indicare i nomi di altre agenzie a cui è stato presentato un reclamo.
- Se necessario, allegare ulteriori pagine.
- Allegare eventuali copie di documenti giustificativi. Non inviare le copie originali.
- Apporre la data e la firma in calce al modulo.