**

DIREZIONE GENERALE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

UFFICIO 5° – Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici

Viale G. Ribotta n. 5 – 00144 Roma

**Modulo per la segnalazione dei reclami da parte dell’operatore sanitario al Ministero della Salute**

Data di compilazione del reclamo ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DATI DELL’OPERATORE SANITARIO COMPILATORE DELL 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)  |   |
| Codice del dispositivo del fabbricante (codice catalogo) |   |
| Nome commerciale del dispositivo |  |
| Numero di lotto o di serie  |  |

 Descrizione del reclamo …………………………………………………………………………….…….

………………………………………………………………………………………………………………..….

……………………………………………………………………………………………………………..…….

………………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………………..….

  Data nella quale è stata trasmessa la segnalazione del reclamo al fabbricante ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma ………………………………………………………………………………..