



## *Ministero della Salute*

### 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 .....