



REGISTRAZIONE RECLAMI

M-REC
Rev. 0

Nome e cognome _____ Data _____

Reclamo relativo a:

PERSONALE	SERVIZIO	STRUTTURA
<input type="checkbox"/> Direzione Generale	<input type="checkbox"/> Domiciliare	<input type="checkbox"/> Comfort
<input type="checkbox"/> Amm.ne - Segreteria	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale:	<input type="checkbox"/> Igiene e pulizia
<input type="checkbox"/> Direzione Sanitaria	<input type="checkbox"/> Centro Diurno:	<input type="checkbox"/> Manutenzione
<input type="checkbox"/> Direttori di Area		<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>):
<input type="checkbox"/> BCBA		
<input type="checkbox"/> Terapisti		

Altro (*specificare*):

Indicazione delle figure coinvolte e/o degli eventuali responsabili

Descrizione dell'accaduto

Chi ha presentato il reclamo:

- Vuole essere informato dell'esito
- Non vuole essere informato dell'esito

Firma di chi presenta il reclamo

Firma di chi raccoglie il reclamo

BREVE DESCRIZIONE DELL'ESITO E DEI CONSEGUENTI PROVVEDIMENTI:

Data, _____

Firma: _____