OLTRE le PAROLE FONDAZIONE	**REGISTRAZIONE RECLAMI**	***M-REC*** *Rev. 0*

Nome e cognome_____ Data_____

Reclamo relativo a:

PERSONALE	SERVIZIO	STRUTTURA
❑ Direzione Generale ❑ Amm.ne - Segreteria ❑ Direzione Sanitaria ❑ Direttori di Area ❑ BCBA ❑ Terapisti	❑ Domiciliare ❑ Ambulatoriale: ……. ❑ Centro Diurno: …….	❑ Comfort ❑ Igiene e pulizia ❑ Manutenzione ❑ Altro (*specificare*): …….

☐ 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: _____