G. Tonini - G. Boninsegna
Residenza Sanitario-assistenziale per Disabili

MODULO PER SUGGERIMENTO, SEGNALAZIONE/RECLAMO

Tipologia segnalazione ☐ Suggerimento ☐ Reclamo

Segnalazione effettuata da: ☐ Familiare/ADS ☐ Dipendente

Cognome, Nome:_____

Ospite coinvolto (Cognome, nome):_____

Legame con l'Ospite coinvolto:_ _____

Recapiti per la risposta

Indirizzo Via/Piazza:_____

Telefono:_____

Email:_____

DESCRIZIONE DELLA SEGNALAZIONE/RECLAMO :

Data/Ora:

Data _ _ / _ _ / _ _ Firma:_____

PARTE RISERVATA AD USO INTERNO

Data ricezione Reclamo: _ _ /_ _ / _ _

Nome, Cognome e Firma di chi riceve il reclamo:_____

Numero Registro : _____