



SCHEDA RECLAMO

A cura del paziente / familiare

Dichiaro che in data/...../....., alle ore

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

firma: _____

La compilazione dei dati seguenti è facoltativa ma necessaria se si desidera avere risposta al reclamo

Il/La Sottoscritto/a

Residente a: Via: Tel.:

Riservato alla Direzione

Risoluzione:.....
.....
.....
.....

Firma Resp. Trattamento:.....

Data:.....

Il reclamo ha dato avvio alla Azione Correttiva N°:

Il Paziente/familiare è stato informato personalmente per lettera

per via telefonica sulla risoluzione del reclamo in data:/...../.....

Il Paziente/familiare si è dimostrato soddisfatto

Il Paziente/familiare non si è dimostrato soddisfatto

ALLEGATI: _____