

Attraverso questo modulo può esporre la Sua opinione sull'esperienza vissuta nella nostra Struttura, sul personale che vi opera e sui servizi che esso offre.

In caso di reclamo La preghiamo di voler oggettivare la Sua segnalazione compilando i seguenti campi.

Nome e Cognome _____

Via _____ **n°** _____ **Città** _____ **Prov.** _____

Recapito telefonico _____

Segnalazione da effettuare

Data ___/___/___

I dati inseriti nel presente modulo sono soggetti alla massima riservatezza così come disposto dalla legge 196/2003. Si prega il gentile paziente di compilare il modulo in tutte le sue parti per poterla contattare per la soluzione di eventuali disservizi.

Spazio Riservato all'Accettazione

Segnalazione

Telefonica **Verbale** **E-mail**

Eventuali note

Data ___/___/___