

 	GRUPPO INI	Numero.:	Pag. 1 di 2
		INI_ALL.03 P019	Revisione: 01
		Data:	
		14 ottobre 2019	

Allegato : cartella reclamo

U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico) CARTELLA PER LA GESTIONE DEL RECLAMO

Divisione/Struttura :

1.0 SEZIONE A – Dati del Reclamo

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____

Sesso: M F Et  : _____ Nuovo assistito : SI NO

Grado di parentela con l'assistito * _____

Tipologia Assistito: Ambulatoriale Ragg. Riabilitazione Day Hospital

Tipologia Reclamo: Amministrativo Sanitario Alberghiero Altro

Descrizione reclamo: _____

Suggerimenti per migliorare il servizio: _____

Eventuali richieste relative al reclamo: _____

Attraverso quale modalit  desidera che le venga data una risposta?

Telefono _____

Fax _____

Posta _____

Posta elettronica (e-mail) _____

Data presentazione reclamo _____ Firma _____

Si informa che il presente modulo   trattato presso l'ufficio URP e soggetto al trattamento e controllo secondo la normativa PRIVACY attualmente vigente.