



MODULO

Mod. 5.2.3
Rev. 01 del 2020
Pag. 1 di 1

RECLAMO DEL PAZIENTE

Gentile paziente,

La preghiamo di formalizzare con la compilazione del presente modulo il suo reclamo e di consegnarlo al nostro personale di accettazione.

Scusandoci per il disagio, la invitiamo a rilasciare i suoi contatti al fine di metterla al corrente degli sviluppi della sua istanza.

Luogo	_____
Data e ora	___ / ___ / _____; ___ : ___
Nome utente	_____
Contatto utente (e-mail e telefono)	_____;

Causa del reclamo

Firma del paziente	_____
--------------------	-------

Autorizzo il trattamento dei dati sopra riportati al fine della gestione del presente reclamo: _____

Soluzione e verifica di efficacia (spazio riservato al personale)

Data: ___ / ___ / _____	Firma del RGQ per chiusura: _____
-------------------------	-----------------------------------