



# MODULO

Modulo Reclamo del  
paziente  
Rev. 02 del 25/01/2024  
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: _____
--------------------	-----------------------------------

Il Direttore Generale		R.Q.	
-----------------------	---	------	---