

Data _____

RECLAMO / SUGGERIMENTO / APPREZZAMENTO:

Nominativo compilatore

Firma

Indirizzo _____

Numero di telefono / fax / e-mail _____

La comunicazione dei Suoi dati consentirà alla Direzione di inviariLe un riscontro scritto in merito al Suo reclamo / suggerimento / apprezzamento.
Imbucare il modulo nell'urna presso il corridoio al piano terra (presso l'ingresso della Direzione Sanitaria).

L'Istituto assicura la riservatezza legata ai dati anagrafici di chi presenta il reclamo.
L'anonimato non consente invece alla Direzione di rispondere in alcun modo al segnalatore; il contenuto del reclamo sarà comunque valutato con l'attenzione proporzionale alla gravità dell'esposto stesso.

La contestazione deve essere effettuata rigorosamente entro 15 giorni da quando il paziente è venuto a conoscenza del fatto contestato