



REGISTRAZIONE RECLAMI

RECLAMO N.	<u>Data</u>	<u>Ora</u>	<u>NOME</u>	
Indirizzo:		Tel.		
Tipo di segnalazione: <input type="checkbox"/> <u>VERBALE</u> – <input type="checkbox"/> <u>SCRITTA</u> – <input type="checkbox"/> <u>TELEFONICA</u> – <input type="checkbox"/> <u>ALTRO</u>				
Descrizione dell'evento (a cura del paziente):				
FIRMA				
Ente o reparto responsabile del processo:				
Indagine:				
N.C.: SI / NO				
Causa N.C.:				
Azione intrapresa:		Resp.	Entro Il	Esito
Risposta al paziente:				
VERBALE				
SCRITTA				
Data chiusura	Responsabile	Esito		