



SEGNALAZIONI / DISSERVIZI

(MODULO PER L'UTENTE)

Data _____ ora _____

N. _____

Cognome e nome utente _____

Firma Utente / Familiare _____

Parte riservata alla Direzione

- Segnalazione scritta dell'Utente / Familiare
 - Segnalazione telefonica o verbale

Operatore che ha ricevuto la comunicazione _____

Presa visione:

Referente Reclami _____ *data*

Direttore Sanitario _____ *data*

Direttore Generale _____ *data*

Note The following table summarizes the results of the simulation.

— 1 —

— 1 —

Digitized by srujanika@gmail.com

Data _____ **Firma** _____