



SEGNALAZIONE RECLAMI - APPREZZAMENTI

SIS - 05
Data: 07/11/2024
Rev. 5
Pagina 1 di 1

SERVIZIO:

RSA HOSPICE CDI OSPEDALE COMUNITA' MAP RSA APERTA

NATURA DELLA SEGNALAZIONE:

ANONIMA* NON ANONIMA

NOMINATIVO DEL SEGNALANTE:

- Ospite
- Parente dell'ospite
- Dipendente
- Visitatore
- Fornitore

RESIDENZA, PIANO E AREA INTERESSATA:

.....

**OGGETTO SEGNALAZIONE RECLAMO/APPREZZAMENTO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA DI CONSEGNA SEGNALAZIONE

SEGNALAZIONE ANONIMA

FIRMA DEL SEGNALANTE

.....

* ANDARE DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE "AREA INTERESSATA" E NON APPORRE LA PROPRIA FIRMA
** VI PREGHIAMO DI DETTAGLIARE IL PIU' POSSIBILE GLI EVENTI (CHI;COSA;QUANDO;DOVE;PERCHE')