

Casa di Cura Malacarne srl	MODULO SEGNALAZIONE SUGGERIMENTI E RECLAMI	Mod.051 REV.00 DEL 24/09/2014 Pag. 1/1
-------------------------------	---	---

PARTE RISERVATA AL CLIENTE

*Gentile signora, gentile signore,
per segnalare eventuali disservizi, problemi, difficoltà, oppure per inviarci suggerimenti e consigli su come migliorare i nostri servizi, può compilare questo modulo e consegnarlo all'ufficio amministrativo, sito al piano terra della struttura.
La Società si impegna a rispondere al vostro reclamo entro il termine massimo di 30 giorni.*

<input type="checkbox"/> Suggerimento <input type="checkbox"/> Reclamo		Servizio interessato: _____
Argomento: _____		
<i>(indicare l'oggetto della segnalazione)</i>		
Testo: _____		

_____		_____
<i>(data)</i>		<i>(firma)</i>

Ai sensi dell'art. 13 del D.L. 196/06, i dati forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'Ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui all'art. 7 del medesimo decreto.

FIRMA

PARTE RISERVATA ALLA CRA/CSRR

Data di arrivo della segnalazione: _____	
Tipo segnalazione: <input type="checkbox"/> telefonica <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> scritta	Valutazione della segnalazione come: <input type="checkbox"/> Suggerimento <input type="checkbox"/> Reclamo fondato n.° _____ <input type="checkbox"/> Reclamo infondato
Responsabile della risposta al cliente _____	
AZIONE CORRETTIVA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI N° _____	

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO/UFFICIO COMPETENTE PER RECLAMI FONDATI E NON

L'Ufficio ha provveduto, per il reclamo in oggetto, a :

Data:	Firma Responsabile	
CHIUSURA RECLAMO	Data:	Firma Coordinatrice