



SCHEDA SEGNALAZIONE DISFUNZIONI O APPREZZAMENTI

- Servizio:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistenziale | <input type="checkbox"/> Infermieristico |
| <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> Riabilitativo |
| <input type="checkbox"/> Ristorazione | <input type="checkbox"/> Pulizia |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Cognome e nome

.....

Telefono

.....

Città Cap

Via n.

Quando è successo

Che cosa è accaduto _____

Suggerimenti

Data _____ Il Dichiarante _____

Riservato all'Ufficio (che normalmente risponde entro 15 giorni dalla data di presentazione):

Modalità con cui si è risolto il problema

N° pratica _____ L'Operatore _____