



## MODULO RECLAMO UTENTI

### 1. DATI DEL PAZIENTE/UTENTE (FACOLTATIVO)

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ Residente a: \_\_\_\_\_

in via: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### 2. OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE:

---

---

---

---

---

LA STRUTTURA GARANTISCE DI INOLTARE IL PRESENTE RECLAMO AL PERSONALE PREPOSTO

FIRMA

DATA:

---