

DATA: _____

RECLAMO

SEGNALAZIONE

UTENTE

FAMILIARE

Altro (specificare) _____

Nome e Cognome di chi compila (facoltativo) :

Nominativo Utente (facoltativo) :

DESCRIZIONE DEL RECLAMO / SEGNALAZIONE

A carico della Struttura Sanitaria - Per la risposta al cittadino e la presa in carico del reclamo/segnalazione si trasmette a:

**Coordinatore
Mosaico**

**Responsabile Qualità
Mosaico**

**Direzione
La
Fraternità**

Resp Servizio (specificare)

Note:

Trasmessa dall'Ufficio Competente (specificare) _____

Data di trasmissione all'ufficio: ____ / ____ / _____

Data risposta e conclusione procedura

_____ / _____ / _____

Firma Responsabile