

<p>Casa di Cura Villa Verde <i>Direzione Sanitaria</i></p>	<p>MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO</p>	<p>Rev. 2, 22/03/2013 Pag. 1 di 1 A.01.08.03.03</p>
---	--	---

MODULO DI RECLAMO

(Parte da compilare a cura del reclamante)

L'evento oggetto di reclamo si è verificato presso l'U.D.D./Servizio _____

il giorno ___/___/_____ alle ore __.____ Cognome e nome reclamante _____

Descrizione dell'evento contestato _____

Data compilazione: ___/___/_____ N. telefono _____ Firma reclamante _____

Indirizzo residenza o email: _____

(Parte da compilare a cura della Direzione Sanitaria della Casa di Cura Villa Verde)

Reclamo n. _____ Azione concordata _____

Data: ___/___/_____ Firma Dir. Sanit. _____

Comunicazione al reclamante effettuata il ___/___/_____ Firma Dir. Sanit. _____