



MODELLO INOLTRO RECLAMI

Documento: MREC
Data emissione: 14/11/13
Edizione: I
Revisione: 0
Data revisione: 14/11/13
Pag. : 1 di 1

1. SOGGETTO PROPONENTE

Ricoverato/utente Parente di persona ricoverata Conoscente di persona ricoverata

(Barrare la casella che interessa)

Nome e Cognome

Tel.

Cellulare

E.mail

Residente in via

n.

CAP

Comune

provincia

2. DESCRIZIONE DEI FATTI

3. COSA CHIEDE ALL'OSPEDALE

Data della segnalazione

data dell'evento

4. CONSENSO DELL'INTERESSATO (D. Lgs. n. 196/03)

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali ai fini di tutela dei propri diritti a seguito della presente segnalazione.

Firma dell'interessato



Presentazione reclamo da parte del Sig.

Note:

Data Funz. Ricevente Firma per ricezione