Istituto "Leonarda Vaccari"	**Reclami**	*MOD_REC Vers_00*

RECLAMI: SEGNALAZIONE E VALUTAZIONE

Compilazione a cura di chi effettua la segnalazione

Data _____

Reclamo/Suggerimento segnalato da:

paziente ❒ familiare ❒ operatore ❒

Nome Cognome: _____ Tel.:_____

Indirizzo:_____

DESCRIZIONE DEL RECLAMO ❒ SUGGERIMENTI ❒ :

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA:_____

Compilazione a cura Del Responsabile Sistema Qualità

VALUTAZIONE DEL RECLAMO ❒ SUGGERIMENTO ❒:

_____

_____

_____

_____

RISOLUZIONE PROPOSTA:

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del responsabile della gestione del reclamo/suggerimento: _____

Da compilarsi a cura del RSQ

Reclamo/Suggerimento N°___ del _____

Azione Correttiva NO ❒ SI' ❒ Se SI' numero: _____

Firma RSQ:_____ Data: _____