



Fondazione Girolodi
Forcella Ugoni ONLUS
R.S.A
Pontevico-Brescia

**SEGNALAZIONE DISFUNZIONI, RECLAMI E
SUGGERIMENTI**

Mod. 05.06
Vers. 000
Del 12/01/2018

Sig/ra _____

abitante a _____

Tel _____

Ospite presso la struttura Familiare di ospite _____ degente
presso la struttura

Oggetto della segnalazione :

Data _____

Firma _____

COMPILAZIONE DA PARTE DELL'ENTE

Ricevuto in data _____ direttamente telefonicamente verbalmente

Ricevente (nome e cognome) _____

Medico Caposala Infermiere Fisioterapista
Amministrativo Ausiliari Altro

Si trasmette la segnalazione a :
Presidente
Direttore
Responsabile Sanitario o medici
CapoSala

Data _____

Incontro in data _____ risoluzione problema e/o disservizio _____

Firma leggibile
