

Clinica Santa Rita	REGISTRO RECLAMI	MO82.02.01.04 Ed.00
--------------------	-------------------------	------------------------

RECLAMO N.	<u>Data</u>	<u>Ora</u>	<u>NOME</u>		
Indirizzo:			Tel.		
Tipo di segnalazione: <u>VERBALE</u> <u>È</u> <u>SCRITTA</u> <u>È</u> <u>TELEFONICA</u> <u>È</u> <u>ALTRO</u>					
<u>Descrizione dell'evento (a cura del paziente):</u>					
FIRMA					
<u>Ente o reparto responsabile del processo:</u>					
<u>Indagine:</u>					
<u>N.C.:</u> <u>SI</u> / <u>NO</u>					
<u>Causa N.C.:</u>					
<u>Azione intrapresa:</u>			<u>Resp.</u>	<u>Entro Il</u>	<u>Esito</u>
<u>Risposta al paziente:</u>					
VERBALE					
SCRITTA					
<u>Data chiusura</u>		<u>Responsabile</u>		<u>Esito</u>	

Si ricorda che il modulo è da compilare, a cura del paziente/cliente nella prima parte e da questi sottoscritto.