



CASA DI CURA  
S. CAMILLO

## SEGNALAZIONE RECLAMI/ENCOMI

R/007-01  
REV. 01  
Pag. 1/1

Sig./Sig.ra .....

abitante a .....via.....tel.....

☐ Utente dei Poliambulatori      ☐ Degente presso U.O di .....

Oggetto della segnalazione.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data.....      Firma Utente .....

\*\*\*\*\*

Ricevuto in data ..... direttamente ☐      telefonicamente ☐      verbalmente ☐

Ricevente (nome e cognome) .....  
URP ☐    Caposala ☐    Responsabile Servizi ☐    Infermiere ☐  
Medico ☐    Fisioterapista ☐    Tecnico Radiologia ☐    Ausiliario ☐  
Amministrativo ☐    Direttore Sanitario ☐    Direttore Generale ☐  
Responsabile Qualità ☐    Altri..... ☐

\*\*\*\*\*

Si trasmette la segnalazione a:

- URP ☐
- Direttore Generale ☐
- Direttore Sanitario ☐
- Responsabile dei servizi ☐