



**REGISTRAZIONE RECLAMI**

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