

	ASSOCIAZIONE CHICCA RAINA ODV - ETS Unità Cure Palliative Domiciliari	Indice Rev. 01 Data rev. 24.10.2022
--	---	--

Modulo per segnalazione e suggerimenti

Il / la sottoscritto/a		
Residente a	Prov.	
In via	n.	Recapito Telefonico
In qualità di ☐ assistito ☐ familiare ☐ tutore/amministratore di sostegno del sig. _____		

Desidera evidenziare all'Associazione un: ☐ reclamo ☐ suggerimento ☐ disservizio

Data _____ Firma _____

Il presente modulo può essere consegnato al personale del servizio di assistenza domiciliare o spedito ai recapiti dell'Associazione riportati nella Carta dei Servizi.

L'Amministrazione si impegna a fornire riscontro in merito alle segnalazioni, per il tramite della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria, entro 30 giorni dalla data ricezione.