

RECLAMO N° Servizi/Utenza <input type="checkbox"/> Organizzazione <input type="checkbox"/> Gestione <input type="checkbox"/>	SEGNALAZIONE N° Servizi/Utenza <input type="checkbox"/> Organizzazione <input type="checkbox"/> Gestione <input type="checkbox"/>	UTENTE <hr/> NOTE
--	---	--

DATA DEL RECLAMO/SEGNALAZIONE	TELEFONO <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> LETTERA <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> VISITA <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--

MOTIVO/DESCRIZIONE DEL RECLAMO/SEGNALAZIONE

INDAGINE SVOLTA DA (NOME E COGNOME)
CAUSA DELLA NON CONFORMITA'

CLASSIFICAZIONE DEL RECLAMO/SEGNALAZIONE FONDATO <input type="checkbox"/> NON FONDATO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE FONDATO <input type="checkbox"/> NON ACCETTABILE <input type="checkbox"/> NON VERIFICABILE <input type="checkbox"/>	FIRMA DI CHI HA SVOLTO L'INDAGINE DATA
--	---

COPIA A <input type="checkbox"/> DIREZIONE SANITARIA (IN OGNI CASO) <input type="checkbox"/> QUALITA' (IN OGNI CASO) <input type="checkbox"/> EQUIPE <input type="checkbox"/> DIR/SEDE	EVENTUALI ALTRE FUNZIONI INTERESSATE
---	---

- Inviare ai contatti