

RESIDENZA PROTETTA
"Letizia Veralli, Giulio ed Angelo
Cortesi"

SEGNALAZIONE DISFUNZIONI,
RECLAMI E SUGGERIMENTI

Modalità di compilazione: Il presente modulo va spedito, imbucato nella cassetta della posta o consegnato alla Segreteria della Residenza e può rimanere anche anonimo. La Residenza si impegna, attivando eventualmente i competenti uffici, a fornire riscontro in merito alle segnalazioni ricevute in conformità agli atti regolamentari ed alla carta dei servizi vigenti. **entro 15 giorni dal ricevimento.**

Data: ____/____/____

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE :

Effettuata da:

utente/familiare che desidera l'anonimato

Sig. _____ recapito: _____ tel: _____

comunicazione verbale ricevuta da: _____ il _____

(Spazio riservato al personale della Residenza Protetta)

SOLUZIONE PROPOSTA:

Realizzata da: _____ in data _____

Firma del Responsabile della soluzione: _____

Inviata risposta scritta a utente/familiare/socio?

Sì in data _____

Comunicazione affissa in bacheca (per segnalazioni anonime) in data: _____

Aperta azione correttiva? Sì num _____ No

Firma RSGQ A.P.S.P.: _____