

SPAZIO RISERVATO AL SEGNALANTE:

Modalità di compilazione: Il presente modulo va spedito a apsp@verallicortesi.it, imbucato nell'apposita scatola in reception, 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./Sig.ra _____ recapito telefonico _____
- ☐ Comunicazione verbale da _____
a _____ il ____/____/____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DELLA RESIDENZA PROTETTA:

Trasmissione al Responsabile del Gestore del servizio: ☐ No ☐ Sì a mezzo _____
prot. _____ del ____/____/____ trasmessa da _____

Soluzione proposta: _____

Realizzata da: _____ il ____/____/____

Firma del Responsabile della soluzione _____

Aperta azione correttiva? ☐ Sì, rif. _____ ☐ No

☐ Inviata risposta scritta a utente/familiare il ____/____/____ a mezzo _____

☐ Comunicazione affissa in bacheca il ____/____/____

Firma RSGQ A.P.S.P. Veralli Cortesi _____