



SEGNALAZIONE RECLAMI

MOD_ACP02
REV 1 DEL 08.05.2023**Generalità Cliente**

Nome	Cognome	Sesso	Età
Titolo di studio	Professione		
e-mail	Indirizzo <small>(facoltativo)</small>		

Motivazione del Reclamo

Data: _____

Firma Cliente/Compilatore _____



Spazio Riservato Alla direzione sanitaria

 Analisi delle cause:

 Soluzione proposta:

Comunicata al cliente il	Modalità:
Esito reclamo: <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg	Segue RNC n°
Data:	Firma Responsabile: