

Alla Direzione  
RSA Madonna delle Grazie  
Sede

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- ospite
  - parente/amico/ADS/altro dell'ospite

residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_

ai fini di contribuire al miglioramento delle prestazioni rese dalla struttura, informo di non essere soddisfatto del seguente servizio:

- Cucina
  - Lavanderia
  - Pulizie
  - Personale infermieristico
  - Personale di assistenza
  - Altro personale (specificare) \_\_\_\_\_
  - medico di medicina generale
  - Altro

Viene rilevata una non conformità rispetto alla carta dei servizi SI  NO

Per i seguenti motivi:

---

---

---

### Eventuali suggerimenti:

---

---

---

## Data

Firma