

 <p><i>RSA Madonna delle Grazie</i></p>	<p>Scheda reclami e/o segnalazioni</p>	<p>RG 33.DOC.01 Rev 00 Data 12/01/2023</p>	<p>Pag. 1 di 1</p>
---	--	--	------------------------

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