Casa di Cura S.Rita	
SCHEDA RECLAMI	**MOD. 10** **Rev.2 del 15.09.21**

RECLAMO DEL :

DATI PAZIENTE (non obbligatori):

nome cognome:
recapito telefonico:
indirizzo e-mail:

Area aziendale:

- accettazione
- reparto_____
- ambulatorio_____
- altro_____

Personale coinvolto:

- medico
- infermieristico
- ausiliario
- amministrativo

DESCRIZIONE :