



SCHEDA RECLAMO

DOC MDR 19

Data: 08.09.22
Rev. 2

Pag. 1 di 1

RECLAMO PRESENTATO DA

NOME:	COGNOME:
LUOGO DI NASCITA:	DATA DI NASCITA:
RESIDENTE A :	IN VIA:
CAP:	
TELEFONO:	E-MAIL

OGGETTO DEL RECLAMO

MOTIVO DEL RECLAMO

RICHIESTE DI MIGLIORAMENTI DEL SERVIZIO

Data _____

Firma _____

La segnalazione è stata preso in carico da _____ in qualità di _____
della struttura.

Al presente reclamo verrà data risposta entro 30 giorni.