

## SEGNALAZIONE RECLAMO/SUGGERIMENTO

Sei un ospite, un familiare o un visitatore?

Il nostro obiettivo primario è quello di assicurare il costante miglioramento della qualità del servizio che offriamo.

Può accadere, tuttavia, che il nostro Consorzio non riesca a soddisfare le aspettative di tutti. Per tale motivo abbiamo creato questi punti raccolta di suggerimenti e reclami, che saranno per noi spunti importanti per migliorare il nostro servizio.

Ogni segnalazione, con assoluta garanzia del rispetto della privacy, verrà registrata ed esaminata per dare avvio agli interventi necessari e ai miglioramenti proposti.

**ESPRIMA IL SUO RECLAMO, LA SUA SEGNALAZIONE O IL SUO SUGGERIMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

*SONO DISPONIBILE AD ESSERE CONTATTATO (FACOLTATIVO)*

NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_,

Citta' (Prov.) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Segnalazione/reclamo relativo al sig/sig.ra \_\_\_\_\_ ospite della casa di riposo di \_\_\_\_\_

Grado di parentela/relazione con l'ospite: \_\_\_\_\_;

Autorizzo il C.I.A.S.S. al trattamento dei miei dati personali secondo il D.Lgs 196/2003 per l'espletamento delle procedure di ufficio necessarie alla gestione del reclamo/segnalazione

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Il presente modulo può essere restituito con le seguenti modalità:

- mediante le **apposite cassette** collocate presso le nostre tre strutture;
- spedendolo via **fax**, allo **0426/953070** o inviandolo al seguente indirizzo: **C.I.A.S.S., via Roma 673 – Corbola (RO)**, all'attenzione dell'Ufficio Qualità.
- **verbalmente o telefonicamente.**

La Direzione si impegna (nel caso di reclamo/segnalazione non anonima) a fornire una risposta in merito a quanto evidenziato, **entro 30 giorni** dalla data di ricevimento della segnalazione.

**DA COMPILARSI A CURA DEL C.I.A.S.S.**

IL PRESENTE RECLAMO/SUGGERIMENTO E' STATO RACCOLTO O PRESO IN VISIONE DALL'ADDETTO C.I.A.S.S.:

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

CORBOLA

ARIANO

TAGLIO DI PO

N° \_\_\_\_\_ 200\_\_

DATA DI RICEZIONE DEL MODULO: \_\_\_\_\_

È NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA/PREVENTIVA?

SI

NO

SE SI: AZIONE INTRAPRESA REGISTRATA NEL MOD. AC/AP N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

NOTE:

DATA IN CUI E' STATA FORNITA/INVIATA RISPOSTA : \_\_\_\_\_

CONTENUTO DELLA RISPOSTA:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRMA DI CHI HA FORNITO LA RISPOSTA: \_\_\_\_\_

FIRMA RQ O SUO DELEGATO: \_\_\_\_\_