ASP Terre d'argine
Azienda dei Servizi alla Persona

Allegato B

MODULO GESTIONE SEGNALAZIONE/RECLAMO

☐ SEGNALAZIONE

☐ RECLAMO

N. _____/_____ assunto al Protocollo dell' Ente n. _____ del ___/___/_____

Presa in carico da _____ in qualità di _____

In data ____/____/_____

TEMPI DI GESTIONE

_____
_____
_____
_____
_____

SOLUZIONI ADOTTATE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

TEMPI E MODALITA' DI RISPOSTA AL SEGNALANTE data ____/____/_____

_____
_____
_____
_____