FISIOLOG CENTRO MEDICO	**MODULO RECLAMI, SEGNALAZIONI, ENCOMI, SUGGERIMENTI**	Mod. 05 Rev. 0 Del 13/06/2023 Pag. 1 di 1

DATI DEL SEGNALANTE

Nome e cognome segnalante:_____

Indirizzo:_____

Recapito telefonico:_____e-mail:_____

PER CHI SEGNALA: ☐ per se stesso ☐ per conto di:_____

Relazione di parentela o altro:_____ *(NOME E COGNOME)*

OGGETTO: ☐ **reclamo** ☐ **segnalazione** ☐ **disservizio** ☐ **ringraziamento/elogio** ☐ **suggerimento**

FORMA: ☐ **verbale/telefonica** ☐ **scritta** ☐ **e-mail**

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE/OSSERVAZIONE/RECLAMO

(Specificare data, luogo ed ogni altra informazione ritenuta utile alla ricostruzione del fatto):

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Il sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali solo ed esclusivamente nell'ambito della procedura riferita al presente reclamo e/o segnalazione ai sensi dell'art. 13 L.196/2003 e del GDPR 679/2016.

DATA: …… Firma segnalante: ……

Il Reclamo/segnalazione sarà gestito da Centro Medico Fisiolog a cura del Responsabile Gestione Qualità secondo le modalità previste dal Sistema di Gestione Qualità e Accreditamento