San Pier Damiano Hospital	RECLAMO UTENTE	R/G13-02 REV. 0 Pag. 1/2

DATA ……..……

NOME ……..**COGNOME**……..……..

INDIRIZZO
……

RECAPITO TELEFONICO ……**FIRMA**
…….

NOME E COGNOME DI CHI RACCOGLIE IL RECLAMO
……

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

TRATTAMENTO

RISCONTRO(EFFICACIA) DEL TRATTAMENTO

Il reclamo è stato comunicato all'utente il ……..