

 	SCHEDA RECLAMO	DOC MDR 19	
		Data: 22.09.25 Rev. 7	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.