



## SCHEDA RECLAMO

**DOC MDR 19**

Data: 22.09.25  
Rev. 7

Pag. 1 di 1

### RECLAMO PRESENTATO DA

<b>NOME:</b>	<b>COGNOME:</b>
<b>LUOGO DI NASCITA:</b>	<b>DATA DI NASCITA:</b>
<b>RESIDENTE A :</b>	<b>IN VIA:</b>
<b>CAP:</b>	
<b>TELEFONO:</b>	<b>E-MAIL</b>

### 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.**