

Al responsabile del centro/direttore sanitario

MODULO SEGNALAZIONI-RECLAMI

Data _____

Il sottoscritto _____

residente a _____ prov. _____

in via/piazza _____ cap _____

recapito
telefonico _____ e.mail _____

RAPPORTO CON IL "CENTRO OLYMPIA - CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO- POTENZA
PICENA

Utente del centro ☐

Familiare ☐

Altro (specificare) ☐

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE/RECLAMO (fornire il maggior numero possibile di elementi utili):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....che ha
riguardato il seguente
professionista

.....
in occasione della seguente
prestazione

firma

.....

I dati raccolti saranno utilizzati ai fini del piano di miglioramento dello studio e trattati secondo la
normativa privacy vigente. La risposta sarà comunicata entro un mese. Grazie per la collaborazione.

