

**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI DISFUNZIONI
SUGGERIMENTI- RECLAMI DA PARTE DEGLI OSPITI E DELLE LORO FAMIGLIE**

Il/La sottoscritto/a, Sig./Sig.ra

Residente in _____ via _____ n _____

Telefono _____ cell _____

familiare/tutore(se altro indicare) _____

del paziente _____

INTENDE SEGNALARE QUANTO SEGUE

Data, _____ li __/__/__

Firma del Parente/Tutore

Per accettazione

L'amministratore – Stefano Centonze
