

<input type="checkbox"/> RECLAMO	<input type="checkbox"/> RICORSO	DATA	N.
NOMINATIVO PAZIENTE/FORNITORE			
NOMINATIVO OPERATORE CHE LO RICEVE			
IL PRESENTE RECLAMO/RICORSO VERRA' GESTITO ENTRO 15 GIORNI DALLA DATA DI RICEVIMENTO			
DESCRIZIONE DEL RECLAMO/RICORSO			
FIRMA: _____			
AREA			
IL RECLAMO RISULTA <input type="checkbox"/> PRIVO DI RISCONTRO <input type="checkbox"/> FONDATO			
IMPATTA SULLA COMUNICAZIONE VERSO L'ESTERNO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
TRATTAMENTO:			
ALLEGARE LETTERA AL PAZIENTE			
DATA CHIUSURA			
FIRMA RGQ			