

Generalità Cliente

Nome	Cognome	Sesso	Età
Titolo di studio		Professione	
e-mail		Indirizzo <small>(facoltativo)</small>	

Motivazione del Reclamo

Data: _____ Firma Cliente/Compilatore _____

+

Spazio Riservato Alla direzione sanitaria

Analisi delle cause:

Soluzione proposta:

Comunicata al cliente il	Modalità:
Esito reclamo: <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg	Segue RNC n°
Data:	Firma Responsabile: