



# MODULO SEGNALAZIONE DISSERVIZI

Data..... ora .....

COGNOME ..... NOME .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma .....

### *Parte riservata alla Direzione*

- Segnalazione scritta dell'utente
- Segnalazione telefonica o verbale

Operatore che ha ricevuto la comunicazione .....

*Presenza visione:*

Direttore Sanitario ..... data .....

Direzione Amministrativa ..... data .....

*Azioni Effettuate*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data .....

Firma .....