

**MODULO DI RECLAMO
SEGNALAZIONE DI DISSERVIZIO****saniRad srl**
alla c.a. DIRETTORE SANITARIO
alla c.a. DIRETTORE GENERALEvia J.F. Kennedy, 3
33019 Tricesimo (UD)

Data l'importanza di una corretta comprensione del presente documento invitiamo alla compilazione di tutti i campi con calligrafia leggibile.

Soggetto interessato

Cognome _____ Nome _____

Residenza/domicilio - Via/Piazza _____

Comune e Località Provincia CAP _____

Telefono fisso e mobile _____

e-mail _____

Segnala per se stesso per il/la Sig./Sig.ra (compilare spazio sottostante)*Grado di relazione con il soggetto interessato* *Coniuge* *Figlio/a* *Genitore* *Parente* *Altro* _____

Cognome _____ Nome _____

Residenza/domicilio - Via/Piazza _____

Comune e Località Provincia CAP _____

Telefono fisso e mobile _____

e-mail _____

Racconto dell'episodio

Data _____ Ora _____

in cui è avvenuto l'episodio.

SEGUE SUL RETRO >>

