

**LA PREGHIAMO DI DESCRIVERE IN SINTESI IL FATTO CHE HA DATO ORIGINE
ALLA SUA OSSERVAZIONE SPECIFICANDO:**

DATA _____ **ORA** _____ **NUCLEO** _____

SUGGERIMENTO RECLAMO ELOGIO

PERSONE EVENTUALMENTE COINVOLTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COORDINATORE RESP. DI STRUTTURA | <input type="checkbox"/> R.A.A. (Responsabile Attività Assistenziale) |
| <input type="checkbox"/> COORDINATRICE INFERMIERISTICA | <input type="checkbox"/> INFERMIERI |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTI DI BASE | <input type="checkbox"/> ANIMATRICE |
| <input type="checkbox"/> MEDICO DI STRUTTURA | <input type="checkbox"/> MANUTENTORE |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA | <input type="checkbox"/> PERSONALE DI CUCINA |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMM.VO | <input type="checkbox"/> PERSONALE LAVANDERIA |
| <input type="checkbox"/> PERSONALE DI SALA DA PRANZO | <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> PERSONALE ADDETTO PULIZIE | |

Nota bene:

Se desidera ricevere una risposta scritta compili la parte retrostante del seguente modulo.

SE DESIDERA RICEVERE UNA RISPOSTA SCRITTA COMPILI LA PARTE SEGUENTE:

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO: _____

PARENTE DELL'OSPITE _____ NUCLEO _____

Ai sensi di quanto previsto dall'Art 13 D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali verranno utilizzati dal Comune di Molinella per soli fini istituzionali e saranno esclusivamente volti a raccogliere osservazioni reclami ed elogi circa l'attività della Casa di Riposo, garantendo la massima riservatezza .

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DELLA DIREZIONE DELLA CASA DI RIPOSO:

DATA DI RICEVIMENTO DELLA COMUNICAZIONE _____

TIPO DI OSSERVAZIONE :

- RECLAMO
- SUGGERIMENTO
- ELOGIO

AZIONE EVENTUALMENTE ATTIVATA _____

RISPOSTA FORNITA: DATA RISPOSTA _____

- SCRITTA
- A VOCE
- TELEFONO

FIRMA DELL'INCARICATO ALLA RISPOSTA _____