

***Si prega di consegnare il presente modulo in Accettazione
oppure inviarlo via mail all'indirizzo comunicazione@cnao.it***

NOMINATIVO PAZIENTE			DATA
SESSO	ETA'	NAZIONALITA'	SCOLARITA'
<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA		<input type="checkbox"/> ITALIANA <input type="checkbox"/> EUROPEA <input type="checkbox"/> EXTRA-EUROPEA	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> SCUOLA OBBLIGO <input type="checkbox"/> SCUOLA SUPERIORE <input type="checkbox"/> LAUREA
INDIRIZZO MAIL		TELEFONO	

DESCRIZIONE DEL RECLAMO (compilata da chi la rileva)
Data: _____ Firma: _____

Tratteremo i suoi dati personali al solo fine di gestire il reclamo e comunicare l'avvenuta ricezione della stessa. Le informazioni riportate nel modulo saranno conservate per tutto il tempo necessario alla gestione del reclamo e cancellati entro 1 anno dalla data di inoltro dello stesso al fine di consentire tutte le verifiche del caso.

ANALISI DELLE CAUSE GENERANTI IL RECLAMO	Apertura RAC/RAP
Data: _____ Firma: _____	

AZIONI PER LA RISOLUZIONE DEL RECLAMO		
ATTIVITA'	RESPONSABILE	ENTRO IL
Data: _____ Firma: _____		

RISOLUZIONE DEL RECLAMO
Data: _____ Firma: _____

VERIFICA CHIUSURA RECLAMO DA PARTE DEL RESPONSABILE QUALITA'		
RAC/RAP: _____	DATA: _____	FIRMA (RQ): _____