

*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:	Consenso al trattamento dei dati raccolti SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma:

"Ai sensi del regolamento europeo UE 2016/679 si precisa che le informazioni personali contenute in questo modulo sono riservate e saranno utilizzate in favore dell'utente. Si segnala inoltre che il mancato consenso al trattamento dei suoi dati impedirà la corretta gestione e la risposta alla sua segnalazione".

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):