

*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 la segnalazione e comunicare l'avvenuta ricezione della stessa. Le informazioni riportate nel modulo saranno conservate per tutto il tempo necessario alla gestione della segnalazione e cancellati entro 1 anno dalla data di inoltro della stessa 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):