



# Suggerimento / Segnalazione / Reclamo

Data \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma.....

**NB: Il Centro Agape s’impegna ad una risposta scritta tempestiva, entro e non oltre 7 giorni dalla data di inoltro del suggerimento / segnalazione / reclamo.**

-----  
**Parte riservata alla Direzione**

- Segnalazione scritta
- Segnalazione telefonica o verbale

Operatore che ha ricevuto la comunicazione .....

Presenza visione            Direzione Amministrativa            data \_\_\_\_\_

   Direzione Sanitaria            data \_\_\_\_\_

Note

.....

.....

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_