



**RSA CASA MATER ORPHANORUM**

Vicolo Ospedale 1

20012 CUGGIONO MI

Telefono 02-974057

matercuggiono@hotmail.it

(Allegato 5 – carta dei servizi)

## RACCOLTA RECLAMO O SUGGERIMENTO

Il presente documento non sostituisce in alcun modo i ricorsi amministrativi e giurisdizionali

Il suo è un:

RECLAMO

SUGGERIMENTO

Lei è un:

☆ **Signora OSPITE** indichi il suo Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

camera: \_\_\_\_\_

☆ **PARENTE** dell'Ospite Cognome e nome: \_\_\_\_\_

camera: \_\_\_\_\_

Cortesemente, indichi Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Recapito: \_\_\_\_\_

**Cosa è successo** ( indicare brevemente cosa la spinge ad esporre il reclamo o il suggerimento)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dove e Quando** è successo l'accaduto (Luogo, data, orari, ecc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cosa richiede e/o suggerisce:**

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Una volta compilato il modulo, si prega cortesemente di imbucarlo nella cassetta presente nell'atrio di ingresso della Struttura. Grazie

Le daremo risposta entro 30 giorni dal ricevimento.

Spazio riservato all'Ufficio

Data di raccolta del documento \_\_\_\_\_ n. di Protocollo