

**MODULO RECLAMI E SUGGERIMENTI**

Il sottoscritto/a (Cognome)……………………………………………..(Nome)………………………………….

in qualità di: operatore

 familiare

E-mail……………………..………………………………….N. cellulare………………………………………….

 **DESIDERA SEGNALARE (ESPRIMERE L’OGGETTO DEL RECLAMO O DEL SUGGERIMENTO)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo va inserito nella cassetta “ASCOLTO CLIENTE” collocata alla reception per gli operatori e al market per i familiari.

Il Coordinatore si impegna a fornire risposta in merito alle segnalazioni entro 30 giorni dalla data di ricezione del modulo (se non è in forma anonima).