



Poliambulatorio Vespucii s.r.l.  
FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE

## RECLAMO DEL PAZIENTE

Mod. 5.2.3

Edizione 01 Rev. 01  
Del 30/11/2021  
Pag. 1 di 1

**Gentile paziente,**

La preghiamo di formalizzare con la compilazione del presente modulo il suo reclamo e di consegnarlo al nostro personale di accettazione.

Scusandoci per il disagio, la invitiamo a rilasciare i suoi contatti al fine di metterla al corrente degli sviluppi della sua istanza.

Luogo	
Data e ora	
Nome utente	
Personale Contatto PER RECLAMO	
<b>Causa del reclamo</b>	
_____	
_____	
_____	
Firma del paziente	_____
Autorizzo il trattamento dei dati sopra riportati al fine della gestione del presente reclamo	_____
<b>Soluzione e verifica di efficacia (spazio riservato al personale)</b>	
_____	
_____	
_____	
Data	___ / ___ / _____
Firma del responsabile URP per chiusura reclamo	_____