

	MODULO	M04-010
	SCHEDA RECLAMI SUGGERIMENTI	Pag.1 di 1
		Ed. 1, Rev. 4 del 26.05.2025

CENTRO DI RIABILITAZIONE PSICOMOTORIA PADRE PIO

Riferimenti del segnalante	Da compilare in stampatello	
	Cognome Nome.....	
	Tel./Cell..... Mail	
	In qualità di ☐ paziente ☐ familiare ☐ operatore	
☐ RECLAMO ☐ SUGGERIMENTO Descrizione		
Data	Firma	

Valutazione del ☐ RECLAMO ☐ SUGGERIMENTO A cura del Responsabile Sistema Qualità		
		
		
		
		
Data	Firma RSSQ	
Azione correttiva	Si ☐	Data
	No ☐	Firma