

 GABBIANO <small>COOPERATIVE SOCIALI</small>	Cooperative	Area	Servizio	Codice
	TUTTE	TUTTE	QUALITÀ	Mo9.1.2.1
	MODULO DI RECLAMO O SUGGERIMENTO			REV.00

Il suo è un: RECLAMO SUGGERIMENTO

Lei è un: OSPITE/UTENTE PARENTE ALTRO

Se desidera essere contattato per una risposta, che Le verrà comunicata entro 30 giorni, ci lasci i Suoi dati:

Cognome e Nome

residente a, in via, n.

recapiti telefonici

Cosa è successo? (Indichi brevemente cosa la spinge ad esporre il reclamo o il suggerimento)

.....

.....

.....

Dove e Quando è successo l'accaduto? (Indichi luogo, data, orari, ecc.)

.....

.....

.....

Cosa richiede e/o suggerisce?

.....

.....

.....

Data

Una volta compilato il modulo, si prega cortesemente di inserirlo nell'apposita cassetta.

Spazio riservato al Responsabile di Area (non compilare lo spazio sottostante)

Data di raccolta del documento: - Classificazione: Reclamo - Suggerimento

È stata data una risposta immediata? No - Sì: sintesi della risposta:

Data Firma

Spazio riservato al Responsabile Gestione Qualità

N° attribuito al Reclamo _____

Aperta Non Conformità? No - Sì, NC N° Aperta Azione di Miglioramento? No - Sì, AM N°

Data Firma RGQ