

 GABBIANO <small>COOPERATIVE SOCIALI</small>	<i>Cooperative</i>	<i>Area</i>	<i>Servizio</i>	<i>Codice</i>
	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

QUESTIONARIO PER I FAMIGLIARI

Gentile Signora/Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente di compilare il questionario di seguito riportato e di riporlo nell'apposita cassetta situata all'ingresso della Struttura **entro il prossimo**

_____.

Riteniamo molto importante la Sua opinione sugli argomenti toccati, e la Sua collaborazione renderà possibile una valutazione critica della nostra organizzazione finalizzata ad un continuo miglioramento dei servizi offerti.

I risultati raccolti saranno resi pubblici come previsto nella Carta dei Servizi.

Il questionario è anonimo, qualsiasi segno di riconoscimento non comporta, ad ogni modo, il suo annullamento; in questo caso si garantisce che i dati verranno trattati secondo la normativa vigente in materia di Privacy.

La ringraziamo per la collaborazione e Le rivolgiamo un cordiale saluto.

Come giudica le voci di seguito elencate:	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
1. Gentilezza, cortesia e rispetto da parte degli operatori nei suoi confronti				
2. Chiarezza nelle risposte alle sue richieste da parte dei vari operatori				
3. Supporto educativo				
4. Assistenza medica				
5. Accoglienza al momento dell'ingresso del suo familiare				
6. Assistenza del personale A.S.A.				
7. Attività riabilitative proposte durante l'arco della giornata				
8. Grado di soddisfazione dei bisogni della sua famiglia				
9. Livello di attenzione ai bisogni del suo familiare				
10. Pulizia degli ambienti				
11. Qualità dei pasti				
12. Qualità del Servizio di Trasporto da casa al Centro e ritorno				
13. Soddisfazione rispetto al supporto avuto per sussidi sociali (pensione, invalidità, ADS, etc)				

Centro Diurno "EUREKA"

Ente gestore



via O. Pontevico, 1 - 25026 Pontevico (BS)
telefono: 030 930283 - fax: 030 930283
e mail: centro.diurno@ilgabbiano.it
sito web: www.ilgabbiano.it

Come giudica le voci di seguito elencate:	Ottimo	Buono	Sufficiente	Insufficiente
14. Utilità degli incontri di verifica con i famigliari				
15. Valutazione complessiva del servizio				

OSSERVAZIONI E PROPOSTE: _____

Data _____