

Modulo di lamentela o apprezzamento

Il/La sottoscritto/ain data/...../
in qualità di (grado di parentela) del Sig./ ra

Ospite presso la Vostra Struttura, al fine di contribuire al miglioramento del Servizio, segnala:

1) di **non essere** soddisfatto dei seguenti Servizi:

- UFFICIO AMMINISTRATIVO
- DIREZIONE SANITARIA
- COORDINAMENTO SANITARIO
- ASSISTENZA MEDICA
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA
- ASSISTENZA ALLA PERSONA
- TERAPIE RIABILITATIVE
- SERVIZIO ANIMAZIONE
- CUCINA
- LAVANDERIA
- PULIZIE
- ALTRO:

Per i seguenti motivi

.....
.....
.....

2) di essere soddisfatto dei seguenti Servizi

- UFFICIO AMMINISTRATIVO
- DIREZIONE SANITARIA
- COORDINAMENTO SANITARIO
- ASSISTENZA MEDICA
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA
- ASSISTENZA ALLA PERSONA
- TERAPIE RIABILITATIVE
- SERVIZIO ANIMAZIONE
- CUCINA
- LAVANDERIA
- PULIZIE
- ALTRO:

Per i seguenti motivi

.....
.....
.....

Distinti saluti

Gandino, /..... /.....

Firma

Modalità di compilazione: barrare i servizi di cui si evidenzia l'insoddisfazione e/o apprezzamento per poi esporre con più chiarezza, ove possibile, i fatti, le date e identificare, se direttamente responsabili, i soggetti di cui è causa la lamentela/apprezzamento.