Generalità Cliente

Nome	**Cognome**	**Sesso**	**Età**
Titolo di studio	**Professione**		

Motivazione del Reclamo

Data:_____ Firma Cliente/Compilatore_____

Spazio Riservato Alla direzione sanitaria

❒ Analisi delle cause:

❒ Soluzione proposta:

Comunicata al cliente il	Modalità:
Esito reclamo: ❒ Pos. ❒ Neg	Segue RNC n°
Data:	Firma Responsabile: