



MODULO PER SEGNALAZIONI, SUGGERIMENTI, LAMENTI

Il sottoscritto/la sottoscritta (Cognome) _____ (Nome) _____

residente in via _____ n° _____ a _____

Tel. _____ Mail _____

in qualità di (indicare la parentela) _____ del Sig./della Sig.ra _____

accolto/a presso:

- ☐ RSA
- ☐ RSD
- ☐ CDI
- ☐ POLIAMBULATORIO
- ☐ SERVIZI DOMICILIARI (specificare C-DOM, SAD o RSA Aperta) _____
- ☐ OSPEDALE DI COMUNITA'

DESIDERA EVIDENZIARE alla Direzione della Fondazione Residenza Sanitario-Assistenziale di Soncino Onlus che (esprimere l'oggetto della segnalazione):

DESIDERA COMUNICARE, inoltre, alla Direzione della Fondazione Residenza Sanitario-Assistenziale di Soncino Onlus che (esprimere eventuali suggerimenti / lamenti):

Data _____

Firma _____

Il presente modulo va consegnato all'Ufficio Amministrativo o ai Capiservizio.
La Direzione si impegnerà a fornire riscontro, in merito alle segnalazioni,
entro 15 giorni dalla data di protocollo del modulo

I dati forniti verranno trattati ai sensi e per gli effetti della Legge sulla tutela del trattamento dei dati ed alla protezione delle persone fisiche (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016).