

SMD S.C.R.L. Via Michele Amari 41 - 90139 Palermo Codice Regionale Struttura 462600	Modulo	Rev. 00 del 12.01.2024
	RECLAMO	
	Codifica: MOD_RECL_00	

PUNTO DI ACCESSO ☐ **A.CF** ☐ **A.PA** ☐ **DP** ☐ **P** ☐ **SO**

MODULO DI RECLAMO

Io Sottoscritto/a

(nome)_____ (cognome)_____

nato/a il _____, a _____, Prov. _____

Stato di nascita _____, codice fiscale _____

residente a _____, Prov. _____, CAP _____

Via _____, n. _____

telefono (fisso o cellulare) _____

e-mail (facoltativo) _____

DICHIARO DI ESSERE:

☐ Il/la diretto/a interessato/a oppure

☐ Il genitore (esercante la responsabilità genitoriale)

del minore (nome)_____ (cognome)_____

nato/a il _____, a _____, Prov. _____

oppure ☐ Il tutore ☐ Il curatore ☐ L'amministratore di sostegno

di (nome)_____ (cognome)_____

nato/a il _____, a _____, Prov. _____

oppure

☐ L'erede

di (nome)_____ (cognome)_____

nato/a il _____, a _____, deceduto/a il _____, a _____

RECLAMO PER: (indicare la prestazione/servizio oggetto di reclamo e la descrizione dell'accadimento)

(indicare la data dell'accadimento) il giorno _____ alle ore _____

Allego:

(indicare l'eventuale documentazione utile per chiarire le ragioni del reclamo)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del Reg. UE 679/2016.

Luogo e data _____

Firma del reclamante _____

A CURA DELL'URP**Proposta di chiusura:**

Tempi previsti: _____

Luogo e data, _____ Firma URP _____

A CURA DELLA DIREZIONE**Provvedimento di chiusura:**

Tempi previsti: _____

Luogo e data _____ Firma DIR _____

A CURA DEL RESPONSABILE QUALITA'

Valutazione di efficacia dell'azione intrapresa: ☐ soddisfacente ☐ insoddisfacente

Luogo e data _____ Firma RQ _____