

	<b>CARTA DEI SERVIZI SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI C-DOM</b>	<i>REV.10 – 1.04.2023</i>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------

**MODULO per SUGGERIMENTI e RECLAMI**

Il/La sottoscritto/a.....

- Diretto interessato \_ utente C-DOM
- Congiunto dell'utente Sig./Sig.ra .....

Preso in carico il .....

Tipo di prestazione erogata:

- Fisioterapica
- Infermieristica
- Assistenziale

Oggetto della segnalazione:

.....

.....

.....

.....

.....

Data .....

Firma .....

Recapito telefonico .....

---

Il presente modulo può essere consegnato al personale del servizio di Cure Domiciliari o spedito al recapito dell'Ente Gestore riportati nella Carta dei Servizi o imbucato nell'apposita cassetta della posta.

L'Amministrazione si impegna a fornire riscontro in merito alle segnalazioni, per il tramite della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria, entro 5 giorni dalla data di protocollo del modulo.

Data di ricezione .....

Sigla operatore .....