	<i>Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria</i> <i>Sede Territoriale di Varese</i> <i>Direzione Generale</i> U.O. Comunicazione Marketing Ufficio Relazioni con il Pubblico	data di emissione: 01/10/2012	M.PRO.41 U.O. CO.M.
	Modulo di gestione del reclamo	revisione n° 04	pag. 1 di 2

STRUTTURA AZIENDALE:

DATA DI RICEVIMENTO DEL RECLAMO: _____

NUMERO PROGRESSIVO DEL RECLAMO: _____

DATA DI CHIUSURA DEL RECLAMO: _____

FORMA DEL RECLAMO: **SCRITTO** **VERBALE**

DATI DI CHI HA FORMULATO IL RECLAMO:


Sig/Sig.ra _____

residente _____

tel _____ cell. _____ fax _____

Distretto _____

Oggetto del reclamo: _____

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ATS Insubria	<i>Agenzia di Tutela della Salute dell' Insubria</i> <i>Sede Territoriale di Varese</i> <i>Direzione Generale</i> U.O. Comunicazione Marketing Ufficio Relazioni con il Pubblico	data di emissione: 01/10/2012	M.PRO.41 U.O. CO.M.
	Modulo di gestione del reclamo	revisione n° 04	pag. 2 di 2

FIRMA DI CHI HA FORMULATO IL RECLAMO _____

FIRMA DELL'OPERATORE CHE RICEVE/RISOLVE IL RECLAMO _____

RIESAME DEL RECLAMO

ACCOGLIMENTO **RIGETTO**

MOTIVAZIONE _____

CLASSIFICAZIONE RECLAMO:

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO: _____

RISOLUZIONE DEL RECLAMO:

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA: _____