FONDAZIONE MADRE CABRINI – ONLUS

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI LAMENTELE/APPREZZAMENTI AL FINE DI CONTRIBUIRE AL MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO

Spett.le Direzione

In data…….

Il/la sottoscritto/a……..

In qualità di…….

del/della Sign./Sig.ra…….

ospite/utente: ☐ CDI ☐ RESIDENZA SACERDOTI

☐ RSA: ☐ AMBULATORIALE

Nucleo:_____ ☐ DOMICILIARE

La informa:

☐ **di non essere soddisfatto/a** del seguente servizio: ☐ **di apprezzare** il seguente servizio:

[ ] DIREZIONE
[ ] ASSISTENZA MEDICA
[ ] ASSISTENZA ALLA PERSONA
[ ] PULIZIE
[ ] UFFICIO AMMINISTRATIVO
[ ] ASSISTENZA INFERMIERISTICA
[ ] TERAPIE RIABILITATIVE
[ ] ALTRO…….
[ ] SERVIZIO ANIMAZIONE
[ ] CUCINA
[ ] LAVANDERIA

Per il seguente motivo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Indicare indirizzo email per risposta segnalazione:

IL SEGNALANTE

_____

(Firma leggibile)

Modalità di compilazione: apporre una crocetta sui servizi dei quali si evidenzia l'insoddisfazione o l'apprezzamento, per poi specificare l'accaduto, indicando data e luogo ed eventuali soggetti coinvolti. La Direzione fornirà risposta nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni all'indirizzo email indicato.