

Carta dei Servizi
Residenza sanitaria assistenziale per disabili

(ALLEGATO D)

MODULO PER RECLAMI E SEGNALAZIONI

Il sottoscritto/La sottoscritta (**Cognome**)_____ (**Nome**)_____, residente in via _____ n°____, a _____, in qualità di (indicare la **parentela**)_____ del Sig./della Sig.ra _____ (telefono _____) accolto/accolta presso la Residenza sanitaria assistenziale per diversamente abili "Residenza Orchidea" della Fondazione Giovanni XXIII ONLUS di Bitonto

DESIDERA ESPORRE IL PRESENTE RECLAMO (esprimere l'oggetto del RECLAMO):

DESIDERA SEGNALARE (esprimere l'oggetto della segnalazione):

Ai sensi della normativa vigente in materia di privacy autorizzo la Fondazione Giovanni XXIII Onlus al trattamento dei dati personali di cui sopra.

Data _____ Firma _____

Reclamo/segnalazione

Registrato al protocollo dell'Ente al n° ____ del _____

Firma del dipendente che riceve il reclamo o la segnalazione _____

Il Presidente dell'Ente si impegna, attivando eventualmente i competenti uffici, a fornire riscontro entro 30 giorni dalla data di protocollo del modulo.