



**Carta dei Servizi**  
**Residenza sanitaria assistenziale per non autosufficienti**

**(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 non autosufficienti della Fondazione Giovanni XXIII ETS 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.