*Allegato B*

RECLAMO OSPITE / FAMILIARE

Centro diurno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| RILEVAZIONE |
| Modalità di rilevazione □ a voce □ telefono □ e-mail |
| Nome e Cognome dell’ospite/familiare |
| Nome della persona da contattare Tel. |
| RACCOLTA RECLAMO |
| Area interessata dal reclamo  □ Servizio Assistenziale □ Servizio Pulizie  □ Servizio Educativo □ Servizio Manutenzione  □ Servizio Mensa □ Amministrazione  □ Coordinamento □ Trasporti  □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Motivo del reclamo  □ Mancata/approssimativa/scorretta esecuzione di attività □ Strumentazione non funzionante  □ Irregolarità nell’esecuzione di un servizio □ Mancata custodia ospite  □ Atteggiamento e/o offensivo verso l’ospite/familiare □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Mancata/scorretta somministrazione terapia □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Errore documentale (area amministrativa) □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DESCRIZIONE |
|  |
| RISPOSTA ALL’OSPITE/FAMILIARE |
|  |
| Tempo di risposta: Firma del Coordinatore  Firma del Responsabile |
| L’ospite/familiare si è dichiarato soddisfatto si □ no□ |