*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□  |