



MODULO RECLAMI E SUGGERIMENTI

Servizio di riferimento:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| CENTRO DIURNO - CENTRO SERVIZI | <input type="checkbox"/> | PASTI A DOMICILIO | <input type="checkbox"/> |
| RESIDENZE PROTETTE | <input type="checkbox"/> | RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE | <input type="checkbox"/> |
| PUNTO PRELIEVI | <input type="checkbox"/> | NUCLEO ALZHEIMER | <input type="checkbox"/> |
| PUNTO RIABILITATIVO PER ESTERNI | <input type="checkbox"/> | NUCLEO NAMIR | <input type="checkbox"/> |

Il sottoscritto _____ in data _____

Segnala/propone quanto segue:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma: _____

Per consentire l'inoltro della risposta si chiede di fornire i seguenti dati:

Indirizzo

Telefono (facoltativo)

Segnare se è:

- | | | | |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| UTENTE | <input type="checkbox"/> | VOLONTARIO | <input type="checkbox"/> |
| FAMIGLIARE | <input type="checkbox"/> | ALTRO | <input type="checkbox"/> |
| VISITATORE | <input type="checkbox"/> | | |

Ai sensi del Regolamento UE 679/16 AUTORIZZA L'Ente al trattamento dei dati personali di cui sopra

Inserire il modulo nella apposita cassettona oppure utilizza il modulo del nostro sito www.apspgrazioli.it nella sezione Modulistica.

Si ringrazia per la cortese collaborazione