



**CORILAB S.R.L.**  
**CENTRO MEDICO DIAGNOSTICO**

Revisione n. 7 del 28.07.2023

Pag. 21 di 21

#### 4 - Scheda Reclami

*Attraverso questo modulo può esporre la Sua opinione sull'esperienza vissuta nella nostra Struttura, sul personale che vi opera e sui servizi che esso offre.*

*In caso di reclamo La preghiamo di voler oggettivare la Sua segnalazione compilando i seguenti campi.*

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N° telefonico \_\_\_\_\_

**Segnalazione da effettuare:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*I dati inseriti nel presente modulo sono soggetti alla massima riservatezza così come disposto dal D. Lgs. 196/03. Si prega il gentile cliente di compilare il modulo in tutte le sue parti in modo tale da rendere possibile la sua rintracciabilità.*

#### Spazio Riservato all'Accettazione

**Segnalazione:**

Telefonica

Verbale

E-mail

Fax

**Eventuali note:**

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Operatore \_\_\_\_\_