

RECLAMO/AZIONE CORRETTIVA

DATA :

N° RECLAMO /AZIONE CORRETTIVA :

SPAZIO DESTINATO AL RECLAMO

Compilatore del modulo :

Utente Operatore

Autore

Cognome			Nome	
Indirizzo		C.A.P.	Città	Prov.

Motivo

Analisi delle cause

Azione intrapresa

Data verifica attuazione /efficacia: _____

Verifica attuazione Efficacia:

Data :

Firma Operatore:

Area riservata all'Utente

Data:

Risposta soddisfacente:

SI NO ¹

Firma utente :

¹ Nel caso in cui l'utente non si ritenga soddisfatto della risoluzione del reclamo, può riporta le motivazioni del disservizio su nuovo rapporto di reclamo. La direzione si impegna ad analizzare le cause del reclamo e ad intraprendere, ove possibile, azioni risolutive.