Clinica Santa Rita	REGISTRO SEGNALAZIONI	MO010104 Ed.02

SEGNALAZIONE N.	Data	Ora	NOME
Indirizzo:			Tel.
Tipo di segnalazione: **VERBALE – SCRITTA – TELEFONICA – ALTRO**			
Descrizione dell'evento (a cura del paziente):			
FIRMA			

Ente o reparto responsabile del processo:
Indagine:
N.C.: SI / NO
Causa N.C.:

Azione intrapresa:	**Resp.**	**Entro Il**	**Esito**

Risposta al paziente:
VERBALE
SCRITTA

Data chiusura	**Responsabile**	**Esito**

Si ricorda che il modulo è da compilar, a cura del paziente/cliente nella prima parte e da questi sottoscritto.