



**CASA DI RIPOSO E CENTRO DIURNO "G. e P. MARANI"**  
**Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza**

Data: 30/01/2015

Codice: MO07-02 Revisione n° 1

**MODULO PER SEGNALAZIONI, SUGGERIMENTI E RECLAMI**

Area, servizio o nucleo oggetto della segnalazione: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

Residente in (via, viale, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

In qualità di

- Utente     Familiare del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_     Committente  
 Personale Casa Marani     Altro (specificare): \_\_\_\_\_

DESIDERA EVIDENZIARE alla Direzione che

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESIDERA COMUNICARE, inoltre, alla Direzione (esprimere eventuali suggerimenti)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ai sensi D.Lgs. 196/2003 autorizzo la Casa di Riposo "G. e P. Marani" al trattamento dei dati di cui sopra.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo va inserito nelle cassettoni portalettere appositamente collocate, per la sede di Villorba, nel salone del bar e, per la sede di Povegliano, presso il salone di ingresso. La Direzione si impegna, attivando eventualmente i competenti uffici, a fornire riscontro in merito alle segnalazioni entro e non oltre 15 giorni dalla data di protocollo del modulo.