



**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE**

**Ufficio Comunicazione e Relazioni con il Pubblico AST – SCHEDA n. \_\_\_\_\_**

Gentile Signora, Egregio Signore,

questa scheda è stata predisposta per agevolare il rapporto tra i nostri servizi ed i cittadini ed è a Sua disposizione per esporre critiche e rilievi circa i tempi, le procedure e le modalità di erogazione dei servizi da Lei richiesti.

Dopo la compilazione, la consegni al Servizio interessato o all'Ufficio relazioni con il Pubblico.

Tutte le segnalazioni che perverranno saranno attentamente esaminate e valutate e sarà nostra cura comunicarle, entro trenta giorni, il risultato degli accertamenti effettuati.

Nel caso in cui i dati personali riportati dal cittadino nel presente modulo non risultino veritieri (in caso di dichiarazioni mendaci – art 26 L.15/68) il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico non terrà conto in alcun modo del relativo reclamo.

**Segnalazione di disservizio AUSILI DI INCONTINENZA**

Il sottoscritto.....

Residente a..... Via..... Tel.....

e-mail.....

Il giorno.....

presso la struttura.....

Dichiara di aver rilevato il seguente disservizio riguardante i seguenti aspetti:

- Qualità prodotto**
  - 1) assorbenza
  - 2) vestibilità
  - 3) irritazioni/allergie riscontrate
- Quantità prodotto ricevuto non conforme (carente)**
- Avviso telefonico prima della consegna**
- Cortesìa e disponibilità personale della ditta**
- Modalità consegna del prodotto a domicilio**
- Mancata consegna del prodotto**
- Ritardo della consegna del prodotto**
- Altro..... (specificare)**

**Descrizione dell'episodio:**

---

---

---

---

---

---

