



MGC01 REV. 0 APRILE 2026 Pag. 1 a 2	DIREZIONE SANITARIA AREA SOCIOSANITARIA	 FONDAZIONE OCCHI AZZURRI IMPRESA SOCIALE 
RECLAMO/ENCOMIO/SEGNALAZIONE		

DATI DEL SEGNALANTE

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

ETA' _____

TELEFONO _____ MAIL _____

QUALIFICA DEL SEGNALANTE

Utente

Parente di utente _____

specificare in questo caso il nome e cognome dell'utente che ha fruito del servizio

Cittadino/Associazione/altro _____

specificare in questo caso il nome e cognome dell'utente che ha fruito del servizio

MOTIVO DEL CONTATTO

RECLAMO

DISSERVIZIO

RINGRAZIAMENTO/ENCOMIO

SUGGERIMENTO/RICHIESTA

SEGNALAZIONE

UNITÀ COINVOLTE

SOCIOSANITARIO

SANITARIO PALESTRA

PISCINA

