



## MODULO PER RECLAMI, SUGGERIMENTI, ELOGI

### DISTRETTO SANITARIO DI RIFERIMENTO:

- Distretto di Parma  
 Distretto di Fidenza

- Distretto Sud Est  
 Distretto Valli Taro e Ceno

Data in cui si è verificato l'evento: \_\_\_\_\_

Unità Operativa / Servizio / Struttura in cui si è verificato l'evento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DEL SEGNALANTE:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

