MODULO RECLAMI

Spett. le
Centro Servizi Socio Sanitari e Residenziali -APSP
Viale 4 Novembre, 4/A
38027 MALE'

Malé,

Il sottoscritto

COGNOME E NOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

IN QUALITA' DI (indicare rapporto di parentela, amicizia o altro)

_____

CON IL PRESENTE RECLAMO (indicazione precisa del momento e del luogo dell'avvenimento, degli eventuali responsabili dell'accaduto)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_

FIRMA

_____