

## CARTA DEI SERVIZI

### Fondazione Casa di Riposo Città di Tirano - ONLUS

Via G. Bertacchi n° 6  
23037 Tirano (SO)

---

#### MODULO PER SEGNALAZIONI E SUGGERIMENTI

**Il presente questionario può essere redatto anche in forma anonima ed inserito nell'apposita cassetta posta all'ingresso degli Uffici Amministrativi**

Il/La sottoscritto/a (Cognome)

\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n°

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

In qualità di (indicare la parentela) \_\_\_\_\_ del

Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_ accolto/accolta presso la

Fond.ne Casa di Riposo Città di Tirano- ONLUS

Tel.: \_\_\_\_\_

DESIDERA EVIDENZIARE alla Direzione della Casa di Riposo che (esprimere l'oggetto della segnalazione) :

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

DESIDERA COMUNICARE, inoltre, alla Casa di Riposo che (esprimere eventuali suggerimenti):

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

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 autorizzo la Casa di Riposo "Città di Tirano" al trattamento dei dati personali di cui sopra.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

*Il presente modulo va consegnato al Servizio Ascolto Clienti presso gli Uffici Amministrativi dell'Ente.*

*Il responsabile di Struttura si impegna, attivando eventualmente i competenti uffici, a fornire riscontro in merito alle segnalazioni entro 15 giorni dalla data di protocollo del modulo, per familiari e persone esterne; entro 5 giorni per i clienti, qualora questi ultimi non effettuassero direttamente le segnalazioni alle Responsabili di Struttura.*