Istituto Clinico Salus-Alessandria	REGISTRO SEGNALAZIONI	MO 010300 ED.01

SEGNALAZIONE N.	Data	Ora	NOME

Indirizzo: Tel.

Tipo di segnalazione: **VERBALE – SCRITTA – TELEFONICA – ALTRO**

Descrizione dell'evento:

FIRMA

Ente o reparto responsabile del processo:

Indagine:

N.C.: SI / NO

Causa N.C.:

Azione intrapresa:	Resp.	Entro Il	Esito

Risposta al paziente:

VERBALE

SCRITTA

Data chiusura	Responsabile	Esito

Si ricorda che il modulo è da far compilare al paziente/cliente nella prima parte (fino alla firma dello stesso), poi recapitarlo all'ufficio URP.