

PARTE A CURA DEL SIAN

TIPOLOGIA: RECLAMO/SEGNALAZIONE			
<input type="checkbox"/> SCRITTO	<input type="checkbox"/> VERBALE	<input type="checkbox"/> TELEFONICO	<input type="checkbox"/> FAX

Ricevuto in data _____

PARTE A CURA DEL RESPONSABILE PROCEDIMENTO COMPETENTE

<input type="checkbox"/> RECLAMO FONDATO	<input type="checkbox"/> RECLAMO NON FONDATO <input type="checkbox"/> NON DI COMPETENZA SIAN
--	---

Processo interessato (se identificabile) _____

Rapporto di Azione Correttiva in data _____

Chiusura Azione Correttiva in data _____

Comunicazione chiusura all'utente in data _____

Note:

Firma del Responsabile del Procedimento
