ISTITUTO FILIPPO SMALDONE ROMA Centro di Riabilitazione	SEGNALAZIONI/DISSERVIZI	Mod. SMA PPA820/1 Ed. 03 - Rev. 0 Data 30/10/2026 Pagina 1 di 1

Data _____ Ora _____

Cognome e nome (facoltativo) _____

Firma facoltativa _____

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE

- ☐ Segnalazione scritta dall'utente o dal familiare
- ☐ Segnalazione scritta da un operatore
- ☐ Segnalazione telefonica o verbale dall'utente o dal familiare
- ☐ Segnalazione telefonica o verbale da un operatore

Operatore che ha ricevuto la comunicazione _____

Presa visione

DTS e Responsabile Sanitario _____ Data _____

Rappresentante Amministrativa _____ Data _____

Responsabile SGQ _____ Data _____

Note

Data _____ Firma _____