

MIGLIORARE È UN NOSTRO OBIETTIVO

Questo documento ha lo scopo di permettere ai responsabili della nostra Associazione di individuare punti critici nell'offerta di prestazioni all'utenza. Le sue osservazioni possono altresì essere utilizzate quale strumento di miglioramento della qualità del nostro servizio.

Reclamo:

- Concerne l'intervento del Situazione ricorrente
 Inosservanza della puntualità ricevute Insoddisfazione nelle cure/prestazioni ricevute
 Frequenza d'intervento insoddisfacente Altro

Osservazioni:

.....
.....
.....

Proposta di miglioramento:

.....
.....
.....

Grado di soddisfazione inerente le prestazioni erogate:

Desidero esprimere il mio apprezzamento verso il servizio.

- Insoddisfacente soddisfacente buono molto buono

.....
.....
.....

Vi chiediamo cortesemente di inviare il presente documento al seguente indirizzo:

Direzione ABAD, Associazione bellinzonese per l'assistenza e la cura a domicilio, Salita Mariotti 2, 6500 Bellinzona.

Luogo e data: Cognome: Nome: