

**ASSOCIAZIONE
MAISOLI ONLUS**

*CENTRO DI RIABILITAZIONE PER L'AUTISMO
ACCREDITATO REGIONE LIGURIA - D.G.R. 206 del 27/02/2015*

Modello di reclamo

da consegnare a mano, presso la Segreteria (Lun – gio, 9 – 13; 14 – 16)

o via mail: info@centromaisoli.it

Al Consiglio Direttivo
C.A.R. MaiSoli Onlus
Via Marcello Staglieno, 10/26
16129, Genova

Oggetto: Reclamo - C.A.R. MaiSoli Onlus

Il /La sottoscritto/a _____, nato _____

il __/__/__, codice fiscale _____ mail _____

presenta

RECLAMO

(indicare il fatto, le sue modalità di svolgimento, il luogo, il momento, il motivo, chi sono le persone coinvolte, chi ha subito il disservizio segnalato, da parte di chi, chi altro era presente)

Descrizione:

CONVENZIONE ASL 3 REGIONE LIGURIA- AUTORIZZAZIONE SANITARIA N° 329/2014

Cod. Fisc. 95104140108

Via M. Staglieno 10/26 – 16129 Genova

Tel. e Fax 010 5959758 – www.centromaisoli.it – info@centromaisoli.it –

Pec: info@pec.associazionemaisolionlus.it

**ASSOCIAZIONE
MAISOLI ONLUS**

**CENTRO DI RIABILITAZIONE PER L'AUTISMO
ACCREDITATO REGIONE LIGURIA - D.G.R. 206 del 27/02/2015**

In seguito alla descrizione del disservizio subito, il sottoscritto

CHIEDE

Che il reclamo in oggetto venga preso in carico da chi di competenza.

Data _____

Firma _____

CONVENZIONE ASL 3 REGIONE LIGURIA- AUTORIZZAZIONE SANITARIA N° 329/2014

Cod. Fisc. 95104140108

Via M. Staglieno 10/26 – 16129 Genova

Tel. e Fax 010 5959758 – www.centromaisoli.it – info@centromaisoli.it –

Pec: info@pec.associazionemaisolionlus.it