



MODULO APPREZZAMENTO E LAMENTELA

ALLEGATO n.3 CARTA DEI SERVIZI

Io sottoscritto sig./sig.ra:

in qualità di:

<input type="checkbox"/>	Ospite
oppure	
<input type="checkbox"/>	Familiare
<input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	Altro:
del sig:	

Esprimo:

APPREZZAMENTO

LAMENTELA

Desidero essere contattato:

Data		FIRMA	
------	--	-------	--