

## ALLEGATO N. 6



### SCHEDA PER SEGNALAZIONE CRITICHE, APPREZZAMENTI O SUGGERIMENTI

Nucleo di appartenenza    RSA: AZZURRO [ ]    BIANCO [ ]    GIALLO [ ]  
CENTRO DIURNO    [ ]

#### Oggetto della segnalazione:

**Personale medico** (Direzione sanitaria, Medico collaboratore, Medici reperibili, Psicologo):

\_\_\_\_\_

**Personale infermieristico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Personale ausiliario** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fisioterapisti/Fisiatra** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Animazione** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Personale amministrativo** (Direzione generale, Ufficio Segreteria, centralino) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lavanderia** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cucina** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parrucchiere, callista** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Volontari (AUSER / Amici della casa di Riposo)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Altro** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATA COMPILAZIONE** \_\_\_\_\_

**NOME COGNOME (facoltativo)** \_\_\_\_\_

**Firma  
(facoltativa)**

\_\_\_\_\_

IL MODULO COMPILATO (anche in forma anonima) PUO' ESSERE IMBUCATO NELL'APPOSITA CASSETTA posta all'ingresso dell'RSA. La risposta, per i questionari sottoscritti, verrà fornita entro il termine massimo di 30 giorni.