



CREEA SRL

CENTRO DI RIABILITAZIONE PER PERSONE CON DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE
E SENSORIALE *PRIVATO E STRUTTURA RIABILITATIVA TERRITORIALE EX ART 26*
L. 833/78 (DGR 208 DEL 15/04/2025)

Via Francesco Tovaglieri n. 17, 00155 Roma

MODULO RECLAMI

**CREEA SRL**

CENTRO DI RIABILITAZIONE PER PERSONE CON DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE
E SENSORIALE *PRIVATO E STRUTTURA RIABILITATIVA TERRITORIALE EX ART 26*
L. 833/78 (DGR 208 DEL 15/04/2025)

Via Francesco Tovaglieri n. 17, 00155 Roma

Sede Legale / Sede Operativa:

Roma – Via Francesco Tovaglieri n. 17

Tel: 06.77201301

Direzione Sanitaria:

Dott. Roberto Felici

Direzione Generale:

Dott.ssa Raffaella Sambucci

Sito web:

www.centrocreea.it

Mail:

info@centrocreea.it

Pec:

creeasrl@legalmail.it

**CREEA SRL**

CENTRO DI RIABILITAZIONE PER PERSONE CON DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE
E SENSORIALE PRIVATO E STRUTTURA RIABILITATIVA TERRITORIALE EX ART 26
L. 833/78 (DGR 208 DEL 15/04/2025)

Via Francesco Tovaglieri n. 17, 00155 Roma

Gentili Pazienti,

Il nostro Centro pone al centro della propria attività la soddisfazione e il benessere degli utenti, impegnandosi a garantire servizi di qualità, professionalità e attenzione alle esigenze di ciascuno.

Qualora si verificano disservizi, situazioni non conformi alle aspettative o motivi di insoddisfazione, è possibile compilare il presente modulo reclami, al fine di consentirci di valutare quanto segnalato e adottare le opportune azioni di miglioramento.

Ogni segnalazione rappresenta per noi un'importante opportunità di crescita e di miglioramento continuo del servizio offerto.

*Direttore Generale Creea
Dott.ssa Raffaella Sambucci*

**CREEA SRL**

CENTRO DI RIABILITAZIONE PER PERSONE CON DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE
E SENSORIALE *PRIVATO E STRUTTURA RIABILITATIVA TERRITORIALE EX ART 26*

L. 833/78 (DGR 208 DEL 15/04/2025)

Via Francesco Tovaglieri n. 17, 00155 Roma

DATI DEL SEGNALANTE

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Rapporto con il paziente/utente:

☐ Diretto interessato

☐ Genitore/Tutore

☐ Familiare

☐ Altro _____

DATI DEL PAZIENTE/UTENTE (se diverso dal segnalante)

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____

OGGETTO DEL RECLAMO

Data dell'evento/disservizio: _____

Professionista/Servizio coinvolto: _____

Descrizione del reclamo/segnalazione:

EVENTUALI RICHIESTE O OSSERVAZIONI

ALLEGATI

☐ Documentazione allegata

☐ Nessun allegato

Specificare eventuali allegati:

PRIVACY

I dati personali forniti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali esclusivamente per la gestione del presente reclamo/segnalazione.

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy.

Data: ____ / ____ / ____

Firma: _____