



Alla c.a. Direzione Amministrativa
Direzione Sanitaria
Istituto Dosso Verde
Via Fasolo, 1 b
27100 Pavia

Nome utente.....

Indirizzo..... Tel.....

Oggetto del reclamo:

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

Data o periodo al quale si riferisce il reclamo

Eventuali note

Data.....

Firma.....

