Clinica Eporediese Ivrea Istituto di Ricovero e Cura ad Alta Specializzazione	**SEGNALAZIONI**	

SEGNALAZIONI	Data	Ora	NOME

Indirizzo:	**Tel.**

Tipo di segnalazione: **VERBALE** - **SCRITTA** - **TELEFONICA** - **ALTRO**

Descrizione dell'evento:

FIRMA

Ente o reparto responsabile del processo:

Indagine:

N.C.: SI / NO

Causa N.C.:

Azione intrapresa:	**Resp.**	**Entro Il**	**Esito**

Risposta al paziente:

VERBALE

SCRITTA

Data chiusura	**Responsabile**	**Esito**