



Scuola Materna
San Giuseppe di Lerino
Scuola dell'Infanzia e Nido integrato

FOGLIO RECLAMI

DATA ____/____/____

Dati Anagrafici di chi invia il reclamo:

Nome _____ Cognome _____

Residente _____ Via _____ Tel _____ E-mail _____

IN QUALITÀ DI: Utente Committente Altro

CONTENUTO DEL RECLAMO

AZIONE E/O RIMEDIO RICHIESTI

FIRMA :