CENTRO PSICOPEDAGOGICO MOVIMENTI

(Centro autorizzato e accreditato ai sensi della L.R. n. 32/2012 e della Deliberazione della G.R. n. 1288 del 16/09/2013 per la diagnosi e la certificazione dei DSA)

MODULO RECLAMI/SEGNALAZIONI

Data ____ / ____ / _____

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ prov. _____

in Via _____ CAP _____

Tel / Cell _____e-mail _____

RAPPORTO CON CENTRO MOVIMENTI:

- Utente
- Familiare
- Altro (specificare) _____

MOTIVO DEL RECLAMO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____