

	RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> QUEJA <input type="checkbox"/> SUGERENCIA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> (indicar)		
A cumplimentar por el interesado	Nombre y Apellidos:		
	Fecha:	DNI:	Nº Exp:
	Email:		Teléfono:
	Presentación: A título individual <input type="checkbox"/> En representación de <input type="checkbox"/> (indicar)		
	DESCRIPCIÓN (si se requiere mayor espacio, adjuntar escrito firmado)		
	Firma del interesado		
	Análisis de las Causas - Motivos		
A cumplimentar por el CSDV	Acción Correctiva <input type="checkbox"/> Acción Preventiva <input type="checkbox"/> Responsable Asignado:		
	Comunicación Acción a interesado por:		
	Fecha comunicación:	Vía de comunicación:	
	Comentario:		
	Eficacia Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (transcurridos 3 meses)	Responsable comprobación:	
	Comentario:		

	RECLAMACIÓ <input type="checkbox"/> QUEIXA <input type="checkbox"/> SUGERIMENT <input type="checkbox"/> ALTRES <input type="checkbox"/> (indicar)		
A omplir per l'interessat	Nom i cognoms:		
	Data:	DNI:	Nº Exp:
	Adreça electrònica:		Telèfon:
	Presentació: A títol individual <input type="checkbox"/> En representació de <input type="checkbox"/> (indicar)		
	DESCRIPCIÓ (si es requerix major espai, adjuntar escrit signat)		
	Signatura de l'interessat		
	Anàlisi de les Causes - Motius		
A omplir per el CSDV			
	Acció Correctiva <input type="checkbox"/> Acció Preventiva <input type="checkbox"/>		Responsable Assignat:
	Comunicació Acció a l'interessat per:		
	Data comunicació:		Via de comunicació:
	Comentari:		
Eficàcia Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (transcorreguts 3 mesos)		Responsable comprovació:	
Comentari:			