**ΠΜΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

|  |
| --- |
| **ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ** **ΑΡ.ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΠΑ.ΔΑ****……………………………………ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ………………** |

**Πανεπιστημιούπολη Άλσους Αιγάλεω**

**τηλέφωνο επικοινωνίας:2015385615**

**Εmail:** mscpubnurs@uniwa.gr

**Έντυπο Υποβολής Παραπόνων και Υποδείξεων**

Το Πρόγραμμα ΜΠΣ «Κοινοτική Νοσηλευτική και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πα.Δ.Α στην προσπάθειά του για συνεχή βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών, παρέχει τη δυνατότητα έκφρασης τυχόν παραπόνων, παρατηρήσεων και σχολίων για την ποιότητα των παρεχόμενων εκπαιδευτικών και διοικητικών υπηρεσιών.

Το έντυπο αποστέλλεται με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση του ΠΜΣ mscpubnurs@uniwa.gr. Σε περίπτωση αδυναμίας συμπλήρωσης ή αποστολής μπορείτε να επικοινωνήστε μαζί μας στο τηλέφωνο 2105385615 .

|  |
| --- |
| ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΡ.ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΠΑ.ΔΑ………………………………………………………………………ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ…………………………………………. |

|  |
| --- |
| Όνομα: Επώνυμο: Σταθερό Τηλέφωνο (προαιρετικά):Κινητό Τηλέφωνο (προαιρετικά): Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (προαιρετικά): |

|  |
| --- |
| Καταγραφή Παραπόνου, Υπόδειξης ή Προβλήματος (παρακαλούμε διατυπώστε με συντομία και σαφήνεια το πρόβλημα που αντιμετωπίσατε ή το παράπονό σας , αναφέρετε πληροφορίες, π.χ ημερομηνία γεγονότος, ονόματα εμπλεκομένων, ακριβή τοποθεσία ή όποια πληροφορία κρίνετε ότι χρειάζεται για την επίλυση του προβλήματος):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Δηλώνω, ότι συναινώ ρητά και ανεπιφύλακτα στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για σκοπό τη διαχείριση της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Ημερομηνία ………………………… Ο/Η ΑΙΤ

 (Υπογραφή)

Διαπίστωση ανακριβειών κάνουν τη δήλωση μη αποδεκτή.