



**FORMULAIRE DE RECLAMATION RELATIVE A UNE
FORMATION DISPENSEE A L'INSTITUT DE FORMATION
DU CENTRE HOSPITALIER DE LEZIGNAN**

**Fiche de
réclamation**
Création le :
16/05/2022

Vous souhaitez formuler une réclamation auprès de notre organisme et nous sommes à votre entière écoute. Le formulaire de réclamation est un outil d'axe d'amélioration qui entre dans notre démarche qualité. La réclamation nous permet d'avoir une connaissance de la situation rencontrée par les apprenants, les intervenants formateurs externes, les financeurs, les professionnels du CHL et de corriger les non-conformités et améliorer nos pratiques.

La confidentialité des informations apportées est respectée à toutes les étapes de la démarche.

Pour cela, vous pouvez renseigner le formulaire ci-joint le plus précisément possible afin que nous puissions vous apporter une réponse adaptée et efficace à votre réclamation.

Document à retourner par mail à : ifas@ch-lezignan.fr

N.B : Une réclamation consiste en une action visant à faire respecter un droit, ou à demander une chose due, recueillie par écrit ». Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification, ou une demande d'avis, **n'est pas une réclamation.**

FORMATION CONCERNEE		
<input type="checkbox"/> IFAS		
PERSONNE DECLARANTE		
Nom et Prénom : Téléphone : E-mail : Fonction : <input type="checkbox"/> Etudiant/Apprenant <input type="checkbox"/> Intervenante externe <input type="checkbox"/> Personnel de l'institut <input type="checkbox"/> Employeur/Maitre d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :		
PERSONNE(S) CONCERNEE(S) (si différente du déclarant)		
Nom et Prénom : Fonction : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Intervenante externe <input type="checkbox"/> Personnel de l'institut <input type="checkbox"/> Employeur/Maitre d'apprentissage <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :		
DECLARATION		
Date de l'évènement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	Heure de l'évènement :	Lieu de l'évènement :
Votre réclamation porte sur :		



**FORMULAIRE DE RECLAMATION RELATIVE A UNE
FORMATION DISPENSEE A L'INSTITUT DE FORMATION
DU CENTRE HOSPITALIER DE LEZIGNAN**

**Fiche de
réclamation**
Création le :
16/05/2022

- Accueil, information, inscription
- Formation
- Sécurité
- Locaux et Matériels

- Gestion administrative
- Facturation-paiement
- Autre (à préciser) :

Description explicite de la demande :
(Expliquer le plus clairement et le plus précisément possible le sujet de votre insatisfaction/observation)

→ _____

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISME DE FORMATION

Accusé de réception de la demande par mail

Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Transmission de la demande à la personne identifiée pour la traiter

Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
A :

Envoi de la réponse suite à la réclamation

Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Clôture de la réclamation

Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Traçabilité de la demande, de son suivi, de son traitement dans le tableau de synthèse des plans d'amélioration continue (lecteur partagé Q)

Vérfifié le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.