|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **REGISTRO DE RECLAMACIÓN**  | **R.R.C.** **Fecha:** |

|  |
| --- |
| **Nombre del CLIENTE/parte interesada (alumnado/empresas colaboradoras/familias/personal del Centro):**  |
| La reclamación está relacionada con: * **FORMACIÓN ACADÉMICA**
* **OTROS ASUNTOS**
 |
| **DESCRIPCIÓN DE LA RECLAMACIÓN** |
|  | Firma:  |
| Recibí/Sello del Centro: |
| **Recibida por (especifique el cargo o función):** | **Fecha:** |
| Causa: |
| **TRATAMIENTO (medidas tomadas por el/los implicados en la mejora). Una vez cumplimentada esta casilla entregar al Equipo de Calidad para su cierre.** |
|  |
| **CIERRE (COMPROBACIÓN DE LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA). El Equipo de Calidad es responsable de este cierre.**  |
|  |
| **Realizado por (Coordinadora de Calidad):** | **Fecha:** |
|  |  |

**INSTRUCCIONES:**

* Sólo se rellenan por la parte interesada las casillas en color blanco.
* Esta reclamación debe ser entregada en persona en la **secretaría del Centro**; deberá ser debidamente cumplimentada, completa y firmada por la parte interesada. De lo contrario, no será aceptada por el Centro.
* Este registro será a su vez devuelto con el sello del Centro como comprobante de su recepción y derivación a las funciones y órganos competentes correspondientes.