|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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.