

Formulário de Reclamação/Queixa

1. Nome Completo

2. N.º de Cartão de Cidadão/N.º de Bilhete de Identidade

--

3. É sócio de alguma Associação de Surdos?

Sim	<input type="checkbox"/>	
Não	<input type="checkbox"/>	

Se respondeu sim, diga qual é a associação:

--

4. Qual a área em que quer fazer uma reclamação/queixa?

Saúde	<input type="checkbox"/>	
Educação	<input type="checkbox"/>	
Emprego/Formação Profissional	<input type="checkbox"/>	
Televisão/Cultura	<input type="checkbox"/>	
Acesso a Serviços Públicos	<input type="checkbox"/>	
Outra área	<input type="checkbox"/>	

Se respondeu outra área, diga qual é:

--

5. Explique a sua reclamação/queixa

Descreva o que aconteceu, quais são os motivos da sua reclamação/queixa e, se conseguir, indique o(s) dia(s) e hora(s) em que aconteceu. Identifique locais e responsáveis. Exemplos de outras informações: Na área da saúde, identifique qual o hospital/serviço de saúde e, se possível, quais os nomes dos profissionais de saúde envolvidos; Na área da educação, identifique qual a escola e, se possível, quais os nomes dos profissionais de educação envolvidos; Na área da televisão, identifique o canal e o programa de televisão; etc.

