

Hoja de recogida de quejas n: \_\_\_\_\_

**CURSO:**

**NOMBRE DEL ALUMNO/A:**

*En MD IMAGE trabajamos para que la formación que recibe sea de calidad. Si por algún motivo piensa que esto no se consigue, indíquenos los motivos:*

Relacionado con:	Organización	<input type="checkbox"/>	Instalaciones	<input type="checkbox"/>	Docente	<input type="checkbox"/>	Trato recibido	<input type="checkbox"/>
	Material	<input type="checkbox"/>	Productos	<input type="checkbox"/>	Coordinación	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

**Exponga sus quejas**

**Tratamiento**

Firma del responsable del tratamiento:

Fecha de entrega: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de cierre

Firma del responsable de calidad

*Por favor, una vez rellena la hoja, depositela en el buzón de quejas y sugerencias del centro. Si lo desea puede indicar su nombre y curso, para informarle del tratamiento de sus sugerencias.*