

Dati Anagrafici :

del Sig./della Sig.ra

nato/a a il abitante a

Via n. cap

Tel. e-mail

Organismo di volontariato

Il/La sottoscritto/a dichiara di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali, solo ed esclusivamente nell'ambito della procedura riferita al presente reclamo e/o segnalazione ai sensi dell'Art. 10 della legge 675/96

Data Firma

Ricevuto il Da

Parte riservata all'ufficio

La risposta è stata data : per telefono per lettera altro

La segnalazione è stata inoltrata con nota n. del

Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo

Responsabile U.O. Dirigente Sanitario

Esito

Note dell'operatore

Classificazione Data chiusura pratica