

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	DOCUMENTO	Pagina 1 di 1
	SEGNALAZIONE DA PARTE DELL'UTENZA	MO06
Dipartimento Sanità Pubblica		

Allegato 1

Al Dipartimento Sanità Pubblica

Servizio _____

Sede _____

Oggetto: SEGNALAZIONE

Il sottoscritto _____ residente a _____

In Via _____ tel./cell. _____

Documento identità _____ e-mail _____

- Fax
- Pec
- mail
- di persona

Segnala quanto segue a mezzo :

Importante:

Dichiara di essere stato informato che:

- I Servizi del Dipartimento operano nell'esclusivo interesse pubblico in regime di gratuità.

Se a seguito dell'intervento, la segnalazione risultasse non pertinente con i temi di salute pubblica, si procederà all'applicazione della tariffa regionale di € 73,00

- ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. il trattamento dei dati personali avviene per fini istituzionali secondo le modalità e nel rispetto del decreto medesimo, in ragione delle attività per cui è presentata la segnalazione. A tal fine autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente nota

Data _____ Ricevuto/Compilato da:(nome cognome) _____

Firma segnalante _____ Firma operatore _____

VALUTAZIONE: SI ACCETTA <input type="checkbox"/> SI RIFIUTA <input type="checkbox"/> Il Direttore/Responsabile _____ Responsabile del procedimento _____ DATA _____
--