SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

All' Ufficio Relazioni con il Pubblico
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Via Gramsci n. 14
43126 PARMA

Modulo per ricorso ticket

Parma li _____/_____/_____

Il/la sottoscritto/a _____

Nata/o _____il _____/_____/_____ Num. Tel _____

Con la presente chiede di annullare l'addebito del ticket forfettario di Pronto Soccorso per l'accesso del giorno ____/____/_____ per il seguente motivo: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Allegati: _____

Recapito a cui devono essere inviate le comunicazioni: _____

_____

_____

Autorizzo il trattamento e la comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03

Firma (per esteso e leggibile)

_____

Firma del Dichiarante

_____