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

Io sottoscritto/a _____
residente a _____ Via _____ n. _____
tel. _____ nato/a il _____ con la presente segnalo il seguente episodio
accadutomi in data _____ presso _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Chiedo a codesto Ufficio di riferire rispetto all'episodio descritto nei termini previsti dalla Legge.

Parma, _____ Firma _____

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

Parma, _____ Firma _____