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

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
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.

Data, _____ Firma _____

Informativa art. 13 del D.Lgs. 196/2003: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale all'uopo incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per lo svolgimento delle attività sopra descritte e per le finalità strettamente connesse ad esse. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto a fornirli comporterà l'impossibilità di dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. E' sua facoltà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. 196/2003. Per esercitare tali diritti dovrà rivolgersi all'U.R.P. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (tel. 0521.703174 - urp@ao.pr.it).

Data, _____ Firma _____