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.

Le "INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE FINALITÀ DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)" ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. 2016/679/UE, sono consultabili sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: www.ao.pr.it, sezione Privacy e nella pagina dedicata all'URP nonché disponibile presso l'URP via Gramsci 4 – 43126 Parma.

Data, _____ Firma _____