SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

UOSD Ufficio Relazioni Con Il Pubblico (URP)

Il/La sottoscritto/a

cognome nome

documento di identità , n

rilasciato da , il / / **che si allega in fotocopia**

DELEGA

Il/La Sig./ra

cognome nome

documento di identità , n

rilasciato da , il / /

a presentare in mia vece la segnalazione sotto specificata ed a ricevere l'eventuale corrispondenza ad essa relativa.

ELOGIO	RECLAMO	RICHIESTA D'AIUTO	RICHIESTA DI RISARCIMENTO
☐	☐	☐	☐

Firma del delegante

_____

Data / /

NB: tale delega è da allegare alla segnalazione all'atto della sua presentazione

Circ,ne Gianicolense, 87
00152 Roma
04733051009

+39 06 5870 3011/19
urp@scf.rm.it

REGIONE LAZIO