

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - URP

Data/...../.....

cognome nome
 domiciliato a prov. c.a.p.
 via n°
 tel. fax e-mail

cognome nome
 domiciliato a prov. c.a.p.
 via n°
 tel. fax e-mail

cognome nome

cognome nome

QUANDO: data evento/...../..... DOVE: luogo evento

QUANDO: data evento/...../..... DOVE: luogo evento

[illegible]

firma

NB.: il firmatario la segnalazione autorizza l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati sopra riportati **esclusivamente** per l'approfondimento dei fatti segnalati, ai sensi del **Regolamento Europeo UE 679/2016 del 27/4/2016- GDPR** – relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e del **D.Lgs. 196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 101/2018.**