

MODULO UNICO REGIONALE PER COMUNICAZIONI UTENTE - URP SANITÀ

Tipologia di contatto: Elogio Suggerimento Reclamo Richiesta Informazioni

Ho letto e accetto l'informativa in materia di protezione dei dati personali dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Autorizzo al trattamento dei dati SÌ NO

DATI ANAGRAFICI DEL SEGNALANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Codice Fiscale _____

Residente in Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ e-mail _____@_____

La comunicazione è fatta a nome e per conto di altri? SÌ (compilare parte sottostante) NO

DATI ANAGRAFICI DELL'INTERESSATO (obbligatorio se diverso dal segnalante)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Codice Fiscale _____

Residente in Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ Provincia _____

In qualità di (relazione con il segnalante) _____

Genitore; Figlio/a; Partner; Altro familiare; Volontario o ass. volontariato; Altro: amico, vicino di casa, conoscente

Allegare documento d'Identità dell'interessato.

Compilare la delega sottostante o allegare l'autocertificazione dello stato di tutore in caso l'interessato sia un figlio minore, un amministrato o un soggetto tutelato.

Allegare autocertificazione

Il/la sottoscritto/a (soggetto interessato) _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____

DELEGA il sig. _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____

a presentare la comunicazione, a rappresentare l'interessato nell'azione di tutela e a ricevere risposta in merito.

Luogo e data _____ Firma del delegante _____

