

|  |  |               |
|--|--|---------------|
|  <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</b><br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia<br><small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small> | <b>DOCUMENTO</b>                             | Pagina 1 di 1 |
|  | <b>SEGNALAZIONE<br/>DA PARTE DELL'UTENZA</b> | <b>MO06</b>   |
| Dipartimento Sanità Pubblica   |  |               |

**Allegato 1**

**Al Dipartimento Sanità Pubblica**

**Servizio** \_\_\_\_\_

**Sede** \_\_\_\_\_

**Oggetto: SEGNALAZIONE**

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_

**In Via** \_\_\_\_\_ **tel./cell.** \_\_\_\_\_

**Documento identità** \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

- Fax
- Pec
- mail
- di persona

**Segnala quanto segue a mezzo :**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Importante:**

Dichiara di essere stato informato che:

- I Servizi del Dipartimento operano nell'esclusivo interesse pubblico in regime di gratuità.

Se a seguito dell'intervento, la segnalazione risultasse non pertinente con i temi di salute pubblica, si procederà all'applicazione della tariffa regionale di € 73,00

- ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. il trattamento dei dati personali avviene per fini istituzionali secondo le modalità e nel rispetto del decreto medesimo, in ragione delle attività per cui è presentata la segnalazione. A tal fine autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente nota

**Data** \_\_\_\_\_ **Ricevuto/Compilato da:(nome cognome)** \_\_\_\_\_

**Firma segnalante** \_\_\_\_\_ **Firma operatore** \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| VALUTAZIONE: SI ACCETTA <input type="checkbox"/> SI RIFIUTA <input type="checkbox"/> Il Direttore/Responsabile _____<br>Responsabile del procedimento _____ DATA _____ |
|--|