SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Modello Segnalazioni

REGIONE LAZIO

Presidio ASL:_____**Data :**_____**Prot.n°**_____**Operatore:** _____

Tipo Segnalazione: ☐ telefonica ☐ di persona ☐ mail ☐ lettera ☐ fax

fatta per conto di: ☐ se stesso ☐ amico ☐ parente ☐ altro

intestatario della segnalazione è il/la sig./sig.ra:

(cognome e nome) _____ **Residente a**_____**prov.** _____

Via/piazza_____**n°**_____**cap**_____

Telefono_____**fax**_____**e-mail**_____

Chi fa la segnalazione è il/la sig./sig.ra:

(cognome e nome) _____ **Residente a**_____**prov.** _____

Via/piazza_____**n°**_____**cap**_____

Telefono_____**fax**_____**e-mail**_____

Oggetto della segnalazione:

_____

Relazione:

NB: il firmatario la segnalazione autorizza l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati sopra riportati *esclusivamente per l'approfondimento dei fatti segnalati, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003*

Firma _____

Spazio riservato all'ufficio:

Trasmissione a: _____ Data trasmissione: _____

Ufficio URP: _____ Firma operatore _____

ASL Roma 3 - URP
Via Casal Bernocchi , n. 73
Cap 00125 Roma

www.aslromad.it
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 56487733-34-35-36
Fax 06 56487729
e-mail urp@aslromad.it