# MODULO SEGNALAZIONI

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Il/la Sig./Sig.ra ……

Residente a …….. Via …….n° …….

Cap ……. Telefono ……...

Segnala (specificare il reparto o il servizio, quando è accaduto il fatto segnalato, le persone coinvolte e tutte le informazioni che possono essere utili per ricostruire la situazione):

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, in riferimento alla tutela della privacy, autorizzo l'accesso alla documentazione sanitaria e a tutte le informazioni indispensabili ai fini dell'istruttoria conseguente alla segnalazione.

Data …… Firma ……..

Sistema Sanitario Regione Lombardia