Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Al Direttore Distretto Sanitario / Ospedale / Dipartimento /Servizio Centrale (Barrare voce d'interesse)

……

Oggetto: SEGNALAZIONE DI DISFUNZIONI-SUGGERIMENTI-RECLAMI-ENCOMI (Barrare voce d' interesse)

il sottoscritto/a……
nato/a a……
residente a……
via……n……eventuale recapito telefonico:……

espone quanto segue:……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Eventuale documentazione allegata :……
Cosciente delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art.21 comma 02 DPR 445/00);
Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili (Ai sensi della Dl.gs. 196/03 per l' uso consentito dalla Legge)

……
(firma leggibile del cittadino)

Documento di identificazione della cittadino/a:

tipo……numero……

Parte da staccare e consegnare al cittadino/a

Il Sig./ Sig.ra …… residente a ……
Via……n……
Ha presentato a questo Ufficio, in data……il seguente reclamo……prot… ……del……
……

……
(Il "Referente" U.R.P)