SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

Modello Segnalazioni

Rev. 5/2022

REGIONE LAZIO

Prot.n° **del**

Tipo Segnalazione: ☐ di persona ☐ mail ☐ lettera ☐ PEC

fatta per conto di: ☐ se stesso ☐ familiare ☐ altro

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

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

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

Telefono_____ **e-mail**_____

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

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

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

Telefono_____ **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*

Data _____ Firma _____

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

www.aslroma3.it
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 56487733-7426
urp@pec.aslroma3.it
e-mail urp@aslroma3.it