

REGISTRAZIONE DEL RECLAMO

Sig./Sig.ra: Cartella Clinica

Nato/a a: IL Sesso M F

Residente in

C.A.P. Città Provincia

Tel. Fax. E-mail

DIRETTO INTERESSATO

PROCURA DA PARTE DI

LEGALE RAPPRESENTANTE

ALLEGARE DOCUMENTAZIONE

Data dell'evento Presso:

DESCRIZIONE

CHIEDO DI RICEVERE LA CONFERMA DI ACCOGLIMENTO DEL RECLAMO

via fax per e-mail per posta ordinaria

Il sottoscritto sotto la propria responsabilità, conferma la veridicità di quanto sopra riportato. Dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art.13 Dlgs 196/2003)

Luogo Data

Firma del richiedente*

* FIRMARE E INVIARE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

C.C.D. "G.B. MORGAGNI" - Via del Bosco, 105 - 95125 Catania; O TRAMITE FAX AL N° 095-238580