PROTOCOLLO N. _____

SCHEDA SEGNALAZIONE

CHI PRESENTA LA SEGNALAZIONE

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Telefono_____ Cellulare _____
Professione _____ Età _____ Sesso _____
Titolo di studio _____

CHI SUBISCE IL DISAGIO

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____/_____/____ Grado di parentela con chi presenta la segnalazione _____

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Firma: _____

Informativa trattamento dati personali:
La informiamo che i dati raccolti con la compilazione della presente scheda vengono utilizzati dalla Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico esclusivamente per trattare la pratica.

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 autorizzo l'utilizzo dei dati personali sopra riportati.

Firma: _____

PARTE RISERVATA AL COLLABORATORE URP

CDR _____ _____ CDC _____ _____ Codifica _____
Data _____/_____/_____ Ora inizio _____
Ricevente _____ Modalità _____ Tipo _____