

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>MODULO DELEGA PER IL SEGNALANTE</p>	<p>Rev 01 del 11/01/2024</p> <p>MRPA08_03</p>
<p>DIREZIONE SANITARIA</p> <p>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</p>		

Io sottoscritto/a

nato/a ail

residente a via.....

Recapito telefonico

(ALLEGARE COPIA documento d'identità)

DELEGO

**a rappresentarmi nell'azione di tutela relativa alla presente segnalazione e
a ricevere risposta che comprende il trattamento dei miei dati personali,
anche di natura sensibile**

il sig./sig.ra

nato/a ail

residente a via.....

Recapito telefonico

(ALLEGARE COPIA documento d'identità)

LUOGO E DATA

.....

FIRMA DEL DELEGANTE

.....