

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p align="center">MODULO DELEGA PER IL SEGNALANTE</p>	<p>Rev 00 del 15-01-2019</p> <p>MRPA08_03</p>
<p align="center">DIREZIONE SANITARIA</p> <p align="center">DIREZIONE AMMINISTRATIVA</p>		

Io sottoscritto/a

nato/a a

il

residente a via.....

tel.....

documento di identità (*ALLEGATO IN FOTOCOPIA*)..... n.

DELEGO

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

il sig./sig.ra

nato/a a

il

residente a via.....

tel.....

documento di identità n.

LUOGO E DATA

.....

FIRMA DEL DELEGANTE

.....