RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI

Spett.le
Azienda Ospedaliero Universitaria
Maggiore della Carità
NOVARA

Sig./Sig.ra
_____

Nato/a a _____ il _____Prov.___

Residente a _____ Via _____

Recapito telefonico _____

OGGETTO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

Argomento_____

Dove si è verificato il caso_____

Quando _____

Che cosa è successo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Eventuali richieste

_____

_____

_____

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all’art. 13 del D.L.vo 196/2003 e, preso atto dei diritti di cui all’art. 7 del decreto medesimo

() ACCONSENTE

() NON ACCOSENTE

al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, ben conscio/a che trattasi di dati sensibili.

Novara _____

In fede

_____