



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

(STRUTTURA RICHIEDENTE)

Prot. n.

Data

Alla U.O. Affari Generali e Direzione  
Percorsi Istituzionali e Legali

**Oggetto: Richiesta annullamento registrazione di protocollo.**

Si richiede l'annullamento della registrazione di protocollo (*indicare se in Entrata o in Uscita*) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la seguente motivazione (*barrare la casella che interessa*):

- errato oggetto**
- errato mittente**
- errata registrazione del/dei destinatario/i**
- il documento non è stato più spedito** (*in tal caso specificare la motivazione*)
- doppia registrazione di protocollo** (*in tal caso specificare il n. di protocollo corretto*)
- altro** (*specificare con estrema chiarezza la motivazione dell'annullamento che sarà riportata testualmente nel Sistema di Protocollo Informatico aziendale*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si precisa che il documento è stato nuovamente protocollato in data \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_ .

Si trasmette:  
(*barrare la casella che interessa*)

- originale della nota da annullare**
- copia della nota da annullare** (*qualora trattasi di mero errore di registrazione nei documenti in partenza, ad es. errata registrazione dei destinatari*)

Cordiali saluti.

\_\_\_\_\_  
(*firma dell'operatore addetto al protocollo*)

VISTO, IL DIRIGENTE  
RESPONSABILE DELLA STRUTTURA  
Timbro e firma

\_\_\_\_\_