Allegato 12

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA CHE DETIENE IL FASCICOLO

Oggetto: Prelevamento fascicoli giacenti in archivio.

Il fascicolo ad oggetto _____

_____

(anno) *(classificazione)* *(numero)*

È stato consegnato il giorno _____

Al dipendente _____
(nome e cognome)

Afferente alla UO _____

e posizione d'archivio _____

Il Referente di Archivio

_____
(firma leggibile)

Per Ricevuta – Il dipendente

_____
(firma leggibile)

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

Il fascicolo è stato restituito il giorno _____

Il dipendente consegnatario

_____
(firma leggibile)

Per ricevuta – Il Referente di Archivio

_____
(firma leggibile)