

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	<b>MODULO ELOGIO / RINGRAZIAMENTO/APPREZZAMENTO</b>	<b>Rev.1 Pag.1/1</b>
<b>Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)</b>		

(il modulo è da compilare in tutte le sue parti)

**DATI ANAGRAFICI DI CHI PRESENTA L'ELOGIO / RINGRAZIAMENTO:**

Cognome ..... Nome .....

via .....

c.a.p ..... Comune ..... Prov.....

e-mail.....@.....

Telefono .....

Data e luogo di nascita.....

**SERVIZIO/REPARTO/AMBULATORIO:**

.....

.....

.....

**DESCRIZIONE DEL SUO APPREZZAMENTO:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il/La sottoscritto/a, in ottemperanza a quanto dispone il D.Lgs: 30.06.2003, n. 196 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”, autorizza codesta Azienda USL al trattamento dei propri dati personali.

**DATA** .....

**FIRMA**

.....