

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	<b>MODULO ELOGIO / RINGRAZIAMENTO/APPREZZAMENTO</b>	<b>Rev 00 del 15-01-2019</b>  <b>MRPA08_02 Pag.1/1</b>
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>  <b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</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:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi degli artt. 13 e s.s. del Regolamento europeo nr. 2016/679 ( GDPR)**

Si informa che i dati personali e sensibili che la riguardano e da lei forniti saranno trattati e raccolti dall'Azienda per scopi di natura amministrativa per lo svolgimento delle attività dell'URP e per la gestione della segnalazione in attuazione della normativa vigente, ed in conformità al il Regolamento regionale sui dati sensibili e giudiziari n. 1/2014

**DATA .....**

**FIRMA**