Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 5
Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia
P.I. C.F. - N°02949771212

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 5

Al Direttore Distretto Sanitario / Ospedale / Dipartimento /Servizio Centrale (Barrare voce d'interesse)

……..

Oggetto: SEGNALAZIONE DI DISFUNZIONI-SUGGERIMENTI-RECLAMI-ENCOMI (Barrare voce d' interesse)

Il/la sottoscritto/a …….....
nato/a……il…….....
residente a…….....
via……n……..eventuale recapito telefonico:…….....
espone quanto segue: ……
……...……..…..
……..……..
……...……
……...……
……..……
……..……
……..……
……
……
….....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
……..……
……

Eventuale documentazione allegata :……
…..
Cosciente delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art.21 comma 02 DPR 445/00);
Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili (Ai sensi della Dl.gs. 196/03 per l' uso consentito dalla Legge)

……
(firma leggibile dell'utente.)

Documento di identificazione dell'utente…….....

Parte da staccare e consegnare all'utente:
Il Sig./ Sig.ra ……. residente a ……..
Via ……n……...
Ha presentato a questo Ufficio, in data……il seguente reclamo……..prot……del…….....
……

……
…
(Il "Referente" U.R.P)

Tel.0818729029 – 0818729031- Telefonofax 0818729032
Email srpis@aslnapoli5.it
www.aslnapoli5.it