



(si prega di scrivere in stampatello)

**DATA RICEZIONE** .....

**DATI ANAGRAFICI DI CHI PRESENTA L'ELOGIO/ IL RIGRAZIAMENTO**

**COGNOME E NOME** .....

**INDIRIZZO** ..... **PROV** ..... **CAP** .....

**COMUNE** ..... **TELEFONO** .....

**CELLULARE** ..... **E-MAIL** .....

**REPARTO/ AMBULATORIO/ UFFICIO INTERESSATO** .....

**A CHI E PER COSA DESIDERA ESPRIMERE IL PROPRIO APPREZZAMENTO**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Il/La sottoscritto/a, in ottemperanza a quanto dispone il Regolamento UE 2016/679 autorizza codesto Ospedale al trattamento dei dati personali forniti.

**DATA** .....

**Firma** .....

**RISERVATO USO INTERNO**

DOCUMENTO PRESENTATO A ..... il .....  
CHIESTA AUTORIZZAZIONE PER RISPONDERE ALL'UTENTE A ..... il .....  
**NOTE URP SULLA GESTIONE DEL MODULO** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
CHIUSURA PRATICA IL .....