

DATI ANAGRAFICI DEL SEGNALANTE (i campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori):

COGNOME* NOME*

SESSO Maschio Femmina DATA DI NASCITA*

VIA* CAP

RESIDENZA* CITTADINANZA*

TELEFONO/CELLULARE*

E-MAIL

Chi segnala è*:

Interessato Familiare Tutore Associazioni Avvocato Difensore Civico

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE, SE DIVERSI DAL SEGNALANTE
(i campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori):**

COGNOME* NOME*

SESSO Maschio Femmina DATA DI NASCITA*

LUOGO DELL'EVENTO* (indicare Struttura/Reparto/Sede Asl3 interessata):

Dopo aver compilato il modello in tutte le sue parti, può:

- consegnarlo direttamente agli operatori dell'U.R.P. e dell'Ufficio Accoglienza dei Distretti
- inviarlo all'U.R.P. tramite:
 - posta ordinaria all'indirizzo Via Bertani 4, 16125 Genova
 - e-mail tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it

Per informazioni può contattare la Segreteria URP-Tutela via telefono ai numeri 010.849.7746-5528-7717 oppure tramite e-mail scrivendo a tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it

TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE*:

Suggerimento Reclamo Elogio

OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE* (circostanziare data, orario e persone coinvolte nell'evento):
