SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA

REGIONE LAZIO

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

MODULO PER LA RACCOLTA DI ELOGI/RINGRAZIAMENTI

All' Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea – Via di Grottarossa 1035, 00189 Roma • Fax 06.3377.5001• E-mail urp@ospedalesantandrea.it

Io sottoscritto/a (*nome, cognome*)……

☐ in qualità di utente dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea

☐ quale familiare di (*nome, cognome)*…….

esprimo il mio apprezzamento per i seguenti motivi *(specificare le ragioni, il luogo, le persone)***:**

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Recapito (facoltativo)……

Autorizzo l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea al trattamento dei miei dati personali, generali e sensibili, con esclusione della diffusione o della comunicazione dei dati a terzi (D.lgs 196/2003)

*Firma*_____