



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Direttore: f.f. Dott.ssa Maria Rosa Spagnolo

Sede territoriale di _____

Via _____ - _____ (FE)

Tel. _____ Fax _____

e-mail: dirdsp@pec.ausl.fe.it

MODULO DI RICEVIMENTO SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI INTERVENTO

Data e ora della segnalazione: _____

Modalità di arrivo della segnalazione:

telefonica scritta verbale e-mail

Segnalante:

Ente/Autorità/Associazione/RLS—T, ecc.: _____

Privato/Professionista: Sig. _____ tel. _____

nato a: _____ (____) il: _____

e residente a _____ (____) in via _____ n° _____

nella sua qualità di : _____

oppure:

anonimo

Luogo ove viene segnalato l'inconveniente: _____

Contenuti della segnalazione: _____

Persona che riceve la segnalazione: _____

La presente segnalazione è consegnata al Direttore/Responsabile Locale in data _____

alle ore _____.

Operatori cui viene assegnata la pratica: _____

Necessita di sopralluogo: SI NO

Se SI da eseguire entro il: _____

Il Direttore/Responsabile Locale
