|  |
| --- |
| **SPAZIO RISERVATO ALLA PARTE INTERESSATA** |
| **Dati identificativi della parte interessata:** |
|  La parte interessata preferisce rimanere **ANONIMA** |  La parte interessata è disponibile ad essere contattata:Referente: Azienda: Indirizzo: Posta elettronica: Telefono:  |
| **DESCRIZIONE (contenuto della segnalazione): Data:**  |
| **MODALITÀ DI INOLTRO DELLA SEGNALAZIONE:*** Inviando la segnalazione alle mail dedicate controlediscriminazioni@ausl.fe.it o controlediscriminazioni@ospfe.it
* Depositando la segnalazione nelle apposite cassette di raccolta per le segnalazioni, presenti nei pressi dell’URP dell’Ospedale di CONA, di LAGOSANTO e di CENTO
 |