|  |  |
| --- | --- |
| **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](mailto:controlediscriminazioni@ausl.fe.it) o [controlediscriminazioni@ospfe.it](mailto: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 | |