Regione del Veneto
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA **Ufficio Relazioni con il Pubblico**

DATA _____ (*) = CAMPI OBBLIGATORI

SEGNALANTE M F (*in caso non fosse il paziente*)
(*specificare il rapporto con il paziente*) _____

Cognome *_____nome *_____

Via*_____n.*_____città*_____CAP*_____

nato/a*_____il*_____professione_____

recapiti telefonici*_____

SI RIFERISCE AL PAZIENTE M F
Cognome *_____nome *_____

Via*_____n.*_____città*_____CAP*_____

nato/a*_____il*_____professione_____

recapiti telefonici*_____

UNITA' OPERATIVA (in cui si sono svolti gli eventi)* _____
Se possibile, specificare: REPARTO ☐ AMBULATORIO ☐
DATA* (in cui si sono svolti gli eventi) _____

Si prega di descrivere in dettaglio quanto Lei vuole esprimere:*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma*

_____