

Ufficio di Pubblica Tutela (UPT)

ASST Ovest Milanese

Responsabile: Prof. Marcello Crivellini

upt@asst-ovestmi.it

MODULO SEGNALAZIONE

Il Sig/Sig.ra _____ nato/a il _____

residente a _____ in via _____ CAP _____

e-mail _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

() in qualità di persona direttamente interessata ai fatti oggetto della segnalazione;

() in qualità di persona delegata dall'interessato/a sig./sig.ra: _____ ai fatti oggetto di segnalazione, come da apposita delega prodotta unitamente a un valido documento d'identità del delegante e del delegato;

() in qualità di rappresentante legale/genitoriale dell'interessato/a sig./sig.ra:

_____ ai fatti oggetto di segnalazione, come da apposita auto certificazione prodotta unitamente a un valido documento d'identità del dichiarante.

DESCRIZIONE DELL'EVENTO:

Data

Firma