

U.R.P.- Ufficio Relazioni col Pubblico

Al Sig. Direttore Sanitario
Dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu"
Piazzale A.Ricchi 1,
09134 Cagliari

Il sottoscritto
(specificare se si tratta dell'interessato, parente, affine)

.....

Nato a.....

Residente a via

.....

c.a.p..... tel.....

.....

Espone il seguente fatto:

(EVENTUALMENTE CONTINUARE SUL RETRO)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CHIEDE O SUGGERISCE

.....
.....
.....
.....

DATA

FIRMA