

PROPONE/SUGGERISCE

CHIEDE

Si precisa che la compilazione e la sottoscrizione del presente modulo sono da ritenersi a tutti gli effetti accettazione da parte del compilatore al trattamento dei dati in esso contenuti (l'informativa è disponibile presso la segreteria e sul sito della Struttura www.polimedica.it).

DATA _____ FIRMA SEGNALANTE _____

RISEVATO AL RESPONSABILE URP/DIREZIONE DI STRUTTURA

Inviato all'URP/Direzione il ___/___/_____ Firma leggibile _____
