

Nome e Cognome:		Codice Fiscale:	
Residenza (Indirizzo, CAP, Comune, Provincia):			
Telefono:		Cellulare:	
E-mail:		<input type="checkbox"/> Dipendente Società Cliente (indicare la ragione sociale)	<input type="checkbox"/> Cliente privato
Data dell'evento:		Luogo e sede Direzione Sanità interessata:	
Descrizione dettagliata di quanto accaduto e delle motivazioni che sono alla base della segnalazione:			
La segnalazione riguarda:			
<input type="checkbox"/> Visite mediche al personale in ambito medicina legale			
<input type="checkbox"/> Valutazioni psicologiche del personale in ambito Psicologia dei trasporti			
<input type="checkbox"/> Visite mediche al personale in ambito medicina del lavoro			
<input type="checkbox"/> Prenotazioni			
<input type="checkbox"/> Certificazioni			
<input type="checkbox"/> Prestazioni del Medico competente			
<input type="checkbox"/> Formazione			
<input type="checkbox"/> Servizi sanitari di igiene generale, industriale, della ristorazione			
<input type="checkbox"/> Prestazioni sanitarie per le Commissioni Medico Locali			
<input type="checkbox"/> Altro (specificare): .....			
Data		Firma	