

NUMERO SEGNALAZIONE: _____/_____
(numero/anno)

Data della segnalazione: _____

Luogo della segnalazione: _____

Ora della segnalazione: _____

Il segnalante è identificabile?

Si

No

Se "Si", compilare il paragrafo sotto.

Nome e Cognome del segnalante

Contatto telefonico fisso:

Contatto telefonico cellulare:

email:

Professione

Se Farmacista, il segnalatore è iscritto all'Ordine di Reggio Emilia?

Si

No

Iscritto all'Ordine di _____

Disponibilità di chi effettua la segnalazione a essere ricontattato

Si

No

Disponibilità di chi effettua la segnalazione a validare la segnalazione (es. firma)

Si

No

Metodo di segnalazione:

- Telefonata
- A voce
- eMail
- Lettera cartacea
- FAX
- Altro: _____

Farmacia/Esercizio commerciale/Farmacista segnalata/o

Contenuto della segnalazione

Nome e Cognome di chi ha ricevuto la segnalazione/compilato il presente modulo

Firma di chi ha ricevuto la segnalazione/compilato il presente modulo
