

Allegato n.3

RICHIESTA DI RIESAME

Al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'AORN
PEC: rpct@ospedalecasertapec.it

Il sottoscritto

Cognome e nome del richiedente: _____

Indirizzo: _____ Città: _____ Telefono _____

E-mail _____

Documento identificativo _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

CHIEDE IL RIESAME DELLA SEGUENTE DECISIONE:

riportare:

- gli estremi della decisione amministrativa oggetto della domanda di riesame;
- il numero di protocollo della domanda originaria;

chiede inoltre di ricevere comunicazioni al seguente indirizzo di posta elettronica.....

DATA _____ Firma del richiedente : _____

* Allegare fotocopia del Documento di Riconoscimento