

## Parte lesa

Nome \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SECONDO NOME \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
NUMERO CIVICO VIA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

N. di telefono principale ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ N. di telefono alternativo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## Persona (istituzione) che presumibilmente commette la violazione

Nome della persona \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SECONDO NOME \_\_\_\_\_

Nome dell'istituzione \_\_\_\_\_  
NUMERO CIVICO VIA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
CITTA' \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono n. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## Persona che compila questo modulo (se diversa dalla parte lesa specificata sopra)

Nome \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SECONDO NOME \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_  
NUMERO CIVICO VIA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

N. di telefono principale ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ N. di telefono alternativo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## Breve descrizione della violazione (utilizzare altri fogli se necessario)

---

---

---

---

---

---

---

Barrare la casella se sono annessi altri fogli:  Numero di pagine \_\_\_\_\_

\* L'Articolo 27-F della Public Health Law dello Stato di New York dispone che le informazioni sanitarie collegate all'AIDS o all'HIV, inclusi l'eventuale esecuzione di un test collegato all'HIV e/o il risultato di un test collegato all'HIV, siano mantenute riservate.

Firma del denunciante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Spedire il modulo compilato a: **NYS Department of Health, AIDS Institute, Special Investigation Unit, ESP, Corning Tower – Room 308,  
Albany, NY 12237**