**REGISTRO ACCESSI SISTEMA VIDEOSORVEGLIANZA**

**AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE n.2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **data accesso** | **interessato** | **estremi documento** | **data circostanze**  **oggetto della richiesta** | **data consegna** | **firma** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |