

RICHIESTA DI SPEDIZIONE

REFERTI ESAMI COPIA CARTELLA CLINICA COPIA ESAMI

Gentile Signora, Egregio Signore,

Lei può scegliere se ricevere tramite posta la documentazione sanitaria.
Se desidera usufruire di questo servizio, è necessario compilare il modulo sottostante e riconsegnarlo firmato allo sportello dell'Unità Consegna Referti e Cartelle Cliniche.

IMPORTANTE: DA COMPILARE IN STAMPATELLO	
Io sottoscritto/a _____	
(cognome e nome)	
_____	_____
(data di nascita)	(luogo di nascita)
desidero ricevere:	
<input type="checkbox"/> referti degli esami	<input type="checkbox"/> copia cartella clinica <input type="checkbox"/> copie esami
al seguente indirizzo:	
via, piazza _____	
C.A.P. _____	Località _____ Prov. _____
L'importo corrispondente alla spedizione della raccomandata A/R è stato da me versato contestualmente alla presente.	
Firma del titolare della documentazione sanitaria _____	
Data, _____	

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi del D. Legge 196/2003, che regola il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es: familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

In assenza del destinatario, o di persona presente al domicilio, la documentazione potrà essere ritirata c/o l'ufficio postale indicato nell'avviso di giacenza.

Entro i primi 5 giorni la giacenza è gratuita, dal sesto al trentesimo giorno è previsto un contributo.

Trascorsi i trenta giorni, la documentazione sarà rispedita al mittente.

Data _____ Firma _____

n° domanda _____

