



MODULO CONSENSO ALL'INVIO REFERTI A DOMICILIO/ON-LINE

OGGETTO: RICHIESTA INVIO REFERTO

RICHIEDENTE:

Cognome Nome _____ nato/a a _____ il
_____ Residente a _____ in Via
_____ Tel.
_____ Documento n.
_____ rilasciato il _____

CHIEDE ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" DI FOGGIA

LA SPEDIZIONE A DOMICILIO, tramite raccomandata e pagamento in contrassegno, dei REFERTI SANITARI RELATIVI ALLA PRESTAZIONE DI LABORATORIO effettuata in data ___/___/_____ al seguente indirizzo postale:

LA SPEDIZIONE TRAMITE EMAIL o PEC , senza alcun costo, dei REFERTI SANITARI RELATIVI ALLA PRESTAZIONE DI LABORATORIO effettuata in data ___/___/_____ al seguente indirizzo di posta elettronica:

- Il/La sottoscritto/a dichiara di impegnarsi a pagare in contrassegno al momento della consegna del referto presso la Cassa Libera Professione;
- Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di esonerare la predetta Azienda da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni della disciplina in materia di privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio del referto richiesto tramite posta o email
- Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito del referto avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della posta raccomandata anche a persona diversa dal destinatario (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.);
- Il/la sottoscritto/a fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza unicamente ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa viene presentata e per le finalità strettamente connesse alla medesima.

Foggia, _____

Firma del richiedente (per esteso)
