



MODULO SPEDIZIONE REFERTO

Io Sottoscritto/a

_____ (cognome)

_____ (nome)

_____ (nato/a a, il)

desidero ricevere il/i referto/i del/degli esame/i che oggi ho eseguito al seguente indirizzo postale:

(via, piazza) _____

(C:A.P.) _____ (località) _____

tramite Servizio di spedizione.

Costo del servizio:

€ 20.00 se in Lombardia

€ 35.00 se Fuori Regione

(da me versati contestualmente alla presente domanda)

Data _____

Firma _____

Il /la Sottoscritto/a, inoltre, ai sensi del trattamento dei dati che è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D. lgs. 10/08/2018 n.101, che regola il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici 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.).

DATA _____

FIRMA _____

Il /la Sottoscritto/a dichiara inoltre:

di esonerare la Casa di Cura Igea da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio del referto richiesto tramite il Servizio di spedizione.

DATA _____

FIRMA _____

SIGLA OPERATORE _____ N.PRC _____ DATA PREVISTA RITIRO REFERTO _____