MODULO PER LA CONSEGNA DEI REFERTI PER PAZIENTI

All' Accettazione Ambulatorio SODC di Ematologia Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi

II/Ia	sottoscritto/a	_
nato	o/ail/	/
doc	cumento n	
resi	idente in	
CF_		
	Chiede	
	(barrare l'opzione di interesse)	
	La spedizione a domicilio con posta prioritaria dei referti sanitari relativi alla	
prest	stazione del Laboratorio Analisi effettuata dallo/a scrivente in data//	
	al seguente indirizzo:	
	via/Piazzann	
	Località	
	provc.a.p	
	L'invio tramite posta elettronica dei referti sanitari relativi alla prestazione del	
Labo	oratorio Analisi eseguita in data//	
	al seguente indirizzo di posta elettronica:	
		•••
	Che i referti sanitari relativi alla prestazione del Laboratorio Analisi eseguita in data	
	vengano consegnati a me direttamente o a persona delegata (Modulo B)	
	Il sottoscritto/a dichiara:	
-	di esonerare la predetta Azienda da ogni responsabilità nel caso di smarrimento,	
ritar	rdo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanz	a,
alla s	stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta prioritaria o elettronica del refer	to
richi	iesto	

 di essere consapevole che, qualora non 60 giorni dalla data dell'esame, sono tenuto/a prestazione, anche se esente. 	provveda a ritirare il referto entro il termine di al pagamento per intero del costo della		
Luogo e Data			
	Firma Leggibile		
lo sottoscritta/o, ricevuta idonea informativa, esprimo il consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, ai sensi degli artt. 76, 79 e 82 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali.			
Firma			
••••••••••			
Nel caso di pazienti minori, interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il consenso è validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i:			
Sig./ra	Sig./ra		
Nato/a ailil	Nato/a ailil		
n qualità di	In qualità di		