

MODULO RICHIESTA INVIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA TRAMITE E-MAIL E/O FAX

Luogo e data _____

Io sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

oppure

in qualità di _____ del minore / incapace :

COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la mia personale responsabilità, in osservanza a quanto previsto dalla normativa in merito ai dati personali e sensibili e genetici,

AUTORIZZO

La struttura sanitaria: **Analisi Mediche Pavanello srl**

all'invio:

- Del Referto
- Diario clinico
- Della password per scaricare il referto online
- Prescrizione Medica
- Altro: _____

relativo alla prestazione sanitaria effettuata presso la sede di _____
in data _____ in quanto impossibilitato a recarmi personalmente in loco per il ritiro.

Vorrete provvedere all'invio:

- tramite e-mail all'indirizzo: _____
- a mezzo fax al numero: _____

Firma: _____

Allego alla presente richiesta:

1 - copia di documento di riconoscimento con foto (obbligatorio)

2 - copia del foglio di ritiro (opzionale)