

# CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA

Via Gennargentu, 2 - 09048 Sinnai (CA)

Tel 070/782066 - Email info@cmsantavittoria.it

## **RICHIESTA DI SPEDIZIONE REFERTO**

*(Si prega di compilare tutti i campi, scrivere in stampatello e in modo chiaro e leggibile)*

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

chiede la spedizione a mezzo corriere espresso del referto e delle eventuali immagini (cd) relativi

all'esame eseguito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al seguente indirizzo:

Nome indicato sulla porta/campanello/ecc \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

E-Mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto dichiara inoltre:

- di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc);

- di esonerare il predetto Centro 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 tramite posta del referto richiesto.

**FIRMA PER ACCETTAZIONE**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_