

RICHIESTA DI INVIO DEL REFERTO CLINICO A MEZZO SERVIZIO POSTALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
chiede dopo aver pagato la prestazione sanitaria che i referti clinici/diagnostici strumentali, effettuati
il _____ nel reparto _____ siano recapitati direttamente al
seguente indirizzo (scrivere in stampatello):

Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____

a mezzo del seguente servizio:

POSTA ORDINARIA (costo a carico dell'utente) per:

		Italia	Esteri
☐ Referti clinici, esame di laboratorio o	fino a 20 g	0,95 €	1,35 €
CD con immagini di radiologia	fino a 100 g	3,50 €	4,50 €
	oltre 100 g	3,80 €	6,35 €

POSTA RACCOMANDATA (costo a carico dell'utente) per:

☐ Referti clinici, esame di laboratorio o	fino a 20 g	4,30 €	7,65 €
CD con immagini di radiologia	fino a 100 g	5,70 €	10,20 €
	oltre 100 g	6,90 €	11,35 €

Il/La sottoscritto/a, inoltre, ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e successive modifiche, 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.) e, nel caso di Posta Prioritaria, anche nella cassetta delle lettere.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

di esonerare la predetta Azienda 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 prioritaria o raccomandata del referto richiesto.

Data _____ Firma _____

L'impiegato/a AS ha accertato l'identità del richiedente (carta d'identità, Passaporto, Patente)

Firma impiegato/a _____