



**Richiesta di invio del referto clinico a mezzo servizio postale**

Il/La  
sottoscritto/a.....

abitante in Via ..... n° .....

CAP ..... Città .....

chiede che i referti clinici siano recapitati direttamente al **seguito indirizzo**

Via ..... n° .....

CAP ..... Città .....

**a mezzo del seguente servizio:**

**POSTA PRIORITARIA** (costo a carico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria) per

**Referti clinici**

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

**Referti clinici** **€. 3,30**  
*(versati contestualmente alla presente domanda)*

**Referti Radiologici con CD o DVD** **€. 5,10**  
*(versati contestualmente alla presente domanda – costo comprensivo dell'imballaggio)*

**Referti Radiologici con radiogrammi – Cartelle Cliniche fino a 1000 gr.** **€. 10,12**  
*(versati contestualmente alla presente domanda – costo comprensivo dell'imballaggio)*

=====

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi del Decreto Legislativo 296/2003, 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_