

Timbro Struttura /servizio

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____

Luogo di nascita _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di spedizione a mezzo servizio postale:

a pagamento, con Posta Raccomandata, per copia cartella clinica

per la consegna dei referti clinici al proprio domicilio o ad altro indirizzo, liberando l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine da ogni responsabilità in merito alla consegna e autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (D.lgs. 196/2003 Privacy).

Dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei referti clinici si effettui:

- secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale
- che la consegna, a mezzo Posta Raccomandata, avvenga anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.)

POSTA RACCOMANDATA (busta rinforzata) Pagherò in contrassegno alla ricezione del referto (costo complessivo definito in base al peso della busta confezionata)

al seguente indirizzo

Via	N°	Telefono
-----	----	----------

CAP	Città
-----	-------

Presso il/la Sig./Signora	
---------------------------	--

Data	Firma
------	-------

Parte riservata all'ufficio
n° domanda

timbro

firma dell'impiegato