

MODULO RICHIESTA INVIO A DOMICILIO REFERTI DI MEDICINA DI LABORATORIO

Al momento dell'accettazione potrà decidere di ricevere il referto presso il proprio domicilio indicando la modalità di spedizione prescelta

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Il __/__/__
e residente/domiciliato in (indicare l'indirizzo più comodo al quale si desidera che sia spedita la documentazione, ad esempio casa, ufficio ecc.....)

via/piazza _____

n° _____ Città _____ prov _____ cap _____

documento n° _____ con la presente chiede al Policlinico Tor Vergata, l'inoltro al citato indirizzo in busta chiusa a mezzo:

- Posta Prioritaria corrispondendo € 1
- Raccomandata corrispondendo € 5
- Corriere per consegna nella città di Roma e sul territorio nazionale corrispondendo € 8

dei referti sanitari relativi alla prestazione _____
effettuata dallo/a scrivente in data __/__/_____

Il sottoscritto esonera la predetta struttura da ogni responsabilità.

Per eventuali comunicazioni contattare il seguente recapito telefonico _____

N.B. Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente 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 Raccomandata** anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.);
- la consegna della **Posta Prioritaria** nella cassetta delle lettere.

Il recapito tramite **Corriere** prevede la consegna del referto al diretto interessato entro 2 giorni lavorativi dalla spedizione con rilascio dell'avviso di tentata consegna.

Roma, __/__/_____

In fede