

MODULO RICHIESTA INVIO A DOMICILIO REFERTI

Per ricevere il referto presso il proprio domicilio indichi 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...)

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

- o **Raccomandata** corrispondendo € 5
- o **Corriere per consegna su Roma e territorio nazionale** corrispondendo € 8

del referto sanitario relativo alla prestazione _____

n° sgp _____ effettuata dallo/a scrivente in data ___/___/___

In caso di esito alterato la paziente verrà convocata a ritirare personalmente il referto.
Presentando la fattura al CUP, previa autorizzazione dell'ambulatorio di ginecologia, riceverà
l'immediata restituzione del corrispettivo pagato per il servizio di domiciliazione non usufruito.

Consegnata la documentazione a Poste Italiane / Corriere il PTV declina ogni responsabilità
relativa ad eventuali disservizi legati alla consegna.

Per eventuali comunicazioni contattare il seguente recapito telefonico _____

N.B.

Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta
documentazione verrà recapitata anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio
(es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).

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.

In fede

Roma, ___/___/___
