



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

Servizio Sanitario Nazionale

Regione Umbria

SERVIZIO CONSEGNA REFERTI

RICHIESTA DI DOMICILIAZIONE REFERTO

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO

ESAMI DEL _____

REFERTO PRONTO IL _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL: _____ A: _____

INDIRIZZO PRESSO IL QUALE VUOLE SIA RECAPITATO IL REFERTO

VIA: _____ N° _____

COMUNE DI : _____ PROV. _____ C.A.P. _____

TEL. _____ / _____

L'invio del referto/i avverrà nei tempi e modi previsti dalla vigente normativa riguardo l'invio di corrispondenza per mezzo del Servizio Nazionale P.T.

FIRMA _____

Ai sensi della Legge 675/96 con la firma della presente richiesta Lei autorizza l'Azienda ad utilizzare i dati personali in essa contenuti ai fini dell'adempimento degli obblighi contabili, logistici, gestionali, inerenti l'invio al proprio domicilio dei referti relativi alle prestazioni specialistiche da Lei ricevute presso l'Az.Osp. Santa Maria. Nel rispetto della sua persona, i dati che La riguardano, verranno trattati con ogni criterio atto a salvaguardare la Sua riservatezza, e non verranno in alcun modo divulgati né ceduti a terzi. Libera inoltre l'amministrazione dell'Az.Osp. di Terni da qualsiasi responsabilità per cause non imputabili al corretto svolgimento del servizio. per qualsiasi controversia il foro competente sarà quello di Terni.

Data _____

Firma _____