

COGNOME _____ NOME _____
N. ESAME _____

Il/La sottoscritto/a _____
(eventualmente) in qualità di _____ (es. genitore, tutore, amministratore di sostegno)
di _____, giusta autocertificazione¹ allegata,

chiede la spedizione tramite posta o corriere di:

- referto e/o immagini relativi all'esame n. _____ del ___/___/___
(servizio a pagamento per € _____).
- referto e/o immagini relativi all'esame n. _____ del ___/___/___
(servizio a pagamento per € _____ in caso di copia CD).

al seguente indirizzo: _____.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare i possibili rischi correlati alle spedizioni effettuate con le suddette modalità (quali, a titolo esemplificativo, perdita, intercettazione o ritardata consegna), nonché che il recapito della documentazione sanitaria richiesta avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale (D.P.R. 156/1973) e dal relativo regolamento di attuazione (D.P.R. 655/1982), che prevedono la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (quali, a titolo esemplificativo, familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.).

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di esonerare Alliance Medical Diagnostic s.r.l. a Socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia s.r.l., da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, intercettazione, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme in materia di protezione dei dati personali e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite le suddette modalità della documentazione sanitaria richiesta.

_____, Li ___ / ___ / ___ **Firma** _____

Questo modulo (**Spedizione referti tramite posta o corriere**)
e l'**Autocertificazione** possono essere scaricati qui
(selezionando il Centro di riferimento):



¹ È possibile scaricare l'Autocertificazione utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.