



Il/la sottoscritto/a

nato/a a il/...../.....

residente a Cap

Via n°

CHIEDE

la spedizione per mezzo delle Poste Italiane dei referti sanitari eseguiti presso l'Unità Operativa
PUNTO PRELIEVI PEDIATRICO in data/...../..... e di assumersi la spesa di spedizione tramite:

posta ordinaria di € 1,50 (non rintracciabile in caso di smarrimento) pagando anticipatamente mediante la cassa dell'Istituto tesoriere o mediante le macchinette automatiche ed allegando la relativa ricevuta, **diversa da quella dell'eventuale pagamento ticket**;

pagando in contrassegno la raccomandata da € 5,37 a € 11,92 in base al peso della corrispondenza.

DICHIARA

altresi:

- di esonerare l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta del referto richiesto;
- di essere a conoscenza che in caso di smarrimento del referto, per alcuni esami di cui venga redatto un unico originale, dovrà ripetere gli esami;
- che provvederà a segnalare all'Ufficio Postale (Tel. 0521. 702455), dopo 30 giorni dalla data di effettuazione dell'esame, la mancata ricezione dei referti.

Recapito Spedizione (DA COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAI DATI DEL RICHIEDENTE)

Cognome Nome

Via n°

Cap Città

Il/la sottoscritto/a fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza nell'ambito del procedimento per il quale la stessa viene presentata e per le finalità strettamente connesse alla medesima.

Parma,/...../.....

In fede

.....
(FIRMA LEGGIBILE)