

**MODULO RICHIESTA INVIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA TRAMITE E-MAIL E/O FAX**

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

*oppure*

*in qualità di* \_\_\_\_\_ *del minore / incapace :*

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la mia personale responsabilità, in osservanza a quanto previsto dalla normativa in merito ai dati personali e sensibili e genetici,

**AUTORIZZO**

La struttura sanitaria: **Diagnostica Riviera srl**

all'invio:

- Del Referto
- Diario clinico
- Della password per scaricare il referto online
- Prescrizione Medica
- Altro: \_\_\_\_\_

relativo alla prestazione sanitaria effettuata presso la sede di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ in quanto impossibilitato a recarmi personalmente in loco per il ritiro.

Vorrete provvedere all'invio:

- tramite e-mail all'indirizzo: \_\_\_\_\_
- a mezzo fax al numero: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Allego alla presente richiesta:**

**1 - copia di documento di riconoscimento con foto (obbligatorio)**

**2 - copia del foglio di ritiro (opzionale)**