

Spett.le
HUMANITAS-GAVAZZENI
CLINICHE GAVAZZENI SpA
v. M. Gavazzeni, 21
24125 – BERGAMO

Oggetto: Richiesta fotocopia referto ambulatoriale.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ Tel. _____

richiede fotocopia del referto di _____ eseguito presso il Vostro Poliambulatorio
il giorno _____.

Da compilare in caso di richiesta di spedizione postale della documentazione

Io sottoscritto, avendo richiesto la spedizione della documentazione sanitaria di cui all'oggetto, dichiaro consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es.: familiare, convivente, custode dello stabile ecc.).

Firma _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma del richiedente _____ Firma del ricevente la richiesta _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(artt. 46-47 DPR 28/12/2000 n. 445) Il/la sottoscritto/a Cognome nome

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

Luogo e data _____ Il/La Dichiarante _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonchè ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

- All. fotocopia documento d'identità