


|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
|  | <b>Spedizione referti<br/>tramite posta - corriere - mail</b> | Mod.05.4 bis                       |
|  |   | Rev. 2<br>Aggiornato al 14/04/2021 |
|  |   | Pag. 1 di 1                        |

COGNOME \_\_\_\_\_, NOME \_\_\_\_\_  
N. ESAME \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(eventualmente) in qualità di \_\_\_\_\_ (es. genitore, tutore, amministratore di sostegno)  
di \_\_\_\_\_, giusta autocertificazione<sup>1</sup> allegata,

**chiede la spedizione tramite  posta o corriere  posta elettronica 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<br>posta - corriere - mail)<br>può essere scaricato qui:<br><a href="https://www.alliancemedical.it/modulistica">https://www.alliancemedical.it/modulistica</a><br>(selezionare il Centro di riferimento) | L'Autocertificazione può<br>essere scaricata qui:                                    |
|    |  |

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