



**Richiesta di
SPEDIZIONE REFERTO
A MEZZO CORRIERE ESPRESSO**
(ai sensi di ex art.46/47 D.P.R. 445/2000)

M019-P46
Rev. 0
Data applicazione: 13.06.2021
Pag. 1/1

Io sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)
nato/a a _____ il ____/____/____
residente a _____ in via _____,
Tel. _____ Codice Fiscale _____
Documento di riconoscimento: _____
(Tipologia) (Numero)
Rilasciato da: _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE
(ai sensi di ex art.46/47 D.P.R. 445/2000)

- Intestatario della documentazione sanitaria (allegare copia del documento d'identità)**
 - Genitore esercente la patria potestà (allegare copia del documento di identità)**
 - Tutore (allegare copia della sentenza attestante lo stato di tutore e copia del documento di identità)**
 - Erede che agisce in nome e per conto degli altri coeredi (allegare copia del documento di identità)**
- dell'intestatario della documentazione sanitaria di seguito indicato (solo se soggetto diverso dal richiedente):
Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____

Chiede

la spedizione a mezzo corriere espresso del referto relativo all'esame:

- Mammografia
 - RX
 - TAC
 - RMN
 - ALTRO REFERTO _____
- eseguito in data:** _____/_____/_____

Il presente modulo, compilato e firmato, deve essere inviato via mail ad uno dei seguenti indirizzi:

- referti.radiologia@materolbia.com (per referti di radiologia)
- referti@materolbia.com (per tutti gli altri referti)

e corredato da:

- documento di identità del richiedente e dell'intestatario del referto (se diverso dal richiedente)
- copia bonifico bancario

La somma dovuta può essere versata tramite bonifico bancario, da corrispondere a:

Mater Olbia S.p.a.

IBAN: IT44H01005032 000 000 000 16028

Banca: BNL RM C/C 16028

Causale: "invio referto Nome, Cognome, Codice Fiscale"

Luogo _____

FIRMA

e Data ____/____/____ _____

La presente dichiarazione è resa ai sensi di ex art.46/47 D.P.R. 445/2000):

1. Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.
2. Il sottoscritto dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal codice postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc).
3. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, il sottoscritto dichiara di essere informato che il trattamento dei dati personali sarà effettuato, anche con mezzi informatici, ai fini del presente procedimento e che il titolare del trattamento dei dati è la Società Mater Olbia S.p.A. La richiesta di accesso ai dati ai sensi dell'art.15 del suddetto Regolamento può essere rivolta al titolare o al responsabile del trattamento a mezzo del recapito in indirizzo.