

## Richiesta Cumulativa

# SMS

<b>Nome:</b>				<b>Cognome:</b>							
nato a:				Provincia:				il:			
Tessera Sanitaria (cod. fiscale):											

Con la presente chiedo di ricevere il valore di laboratorio INR (PT) al numero di telefono:

Cellulare per SMS:								

Inoltre mi impegno a compilare un nuovo modulo di richiesta in caso di variazione del numero di cellulare e a comunicare tempestivamente al laboratorio analisi la volontà di non ricevere più il referto dell'INR (PT) tramite SMS.

Data: .....

Firma: .....

.....  
*Ai sensi della nuova normativa europea di protezione dati REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GDPR), autorizzo la USLUmbria2 alla trasmissione del referto tramite le indicazioni su riportate, esonerando da ogni responsabilità il personale dell'Azienda Sanitaria per quanto attiene alla correttezza dei contatti forniti.*

Data: .....

Firma: .....

*Foglio di colore verde*