

Posta Prioritaria

Nome:		Cognome:											
nato a:				Provincia:					il:				
Tessera Sanitaria (cod. fiscale):													

Con la presente chiedo di ricevere il referto di laboratorio al seguente indirizzo di residenza

Via e numero:	
CAP:	Comune:
Numero Telefono o Cellulare	

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: