

	SPEDIZIONE E/O COPIA	Mod.05.4 Rev.5 Aggiornato il 20/01/2026
		

Il/La sottoscritto/a _____,
nome e cognome

Da compilare da parte di eventuali legali rappresentanti	
_____ <i>nome e cognome</i>	_____, in qualità di _____ <i>es. genitore, tutore¹, ecc.</i>
di _____, <i>nome e cognome del paziente</i>	

avendo preso visione delle informative sul trattamento dei dati personali esposte presso il Centro e consultabili tramite il QR Code riportato sul presente modulo, **ACCONSENTE al trattamento dei dati personali**, compresi eventualmente quelli relativi alla salute,

e CHIEDE LA SPEDIZIONE E/O COPIA

- ☐ del referto _____, effettuato il ____/____/____, presso _____
indicare numero e tipologia *indicare il Centro*
- ☐ dell'esame completo _____, effettuato il ____/____/____, presso _____
(referto e immagini) *indicare numero e tipologia* *indicare il Centro*
- ☐ altro: _____, del ____/____/____
indicare il documento richiesto (es. fattura n. 123) e il Centro di riferimento

TRAMITE

(selezionare la modalità spedizione e indicare i recapiti richiesti):

 E-MAIL	_____ _____@_____
Per ragioni di sicurezza, Le verrà assegnata una PASSWORD necessaria per l'apertura del file ZIP allegato alla e-mail/del link che riceverà e contenente copia della documentazione richiesta. La PASSWORD Le verrà inviata separatamente tramite SMS al numero di cellulare di seguito riportato:  _____/_____	

 POSTA / CORRIERE	_____ <i>es. via, piazza</i> _____ <i>n.</i> _____ <i>città</i> _____ <i>() -</i> _____ <i>provincia</i> <i>CAP</i>
<u>Il servizio di spedizione tramite posta/corriere è a pagamento. Il Centro Le indicherà di volta in volta il relativo costo.</u>	

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 richiesta tramite posta/corriere 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 il Titolare 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, allo stesso non imputabile, causata dall'invio tramite le suddette modalità della documentazione sanitaria richiesta e, se fornisce al Titolare, i recapiti di un terzo (es. familiare, medico curante, badante, ecc.), dichiara di accettare i rischi legati alla scelta di questa modalità, di averlo informato e di averne ottenuto l'autorizzazione.

In alternativa, potrà ritirare la copia presso il Centro.

_____, li ____/____/____ **Firma X** _____

¹ Tutori e amministratori di sostegno devono, altresì, produrre (se non già prodotta) l'Autocertificazione scaricabile utilizzando il Qr Code riportato sul presente modulo.