

**PADOVA**

PONTE DI BRENTA Via Bravi, 49-51 Tel. 049 622.52.11
CENTRO Via Soncin, 38 Tel. 049 87.55.499
SCROVEGNI Via Scrovegni, 10/A Tel. 049 87.59.311
GUIZZA Via Alfieri, 13 Tel. 049 68.73.00
ALBIGNASEGO Via Barbarigo, 9 Tel. 049 86.25.966
PIAZZOLA S.B. Via Ing. allo Jufficia, 1 Tel. 049 96.00.680

VENEZIA

MARGHERA Via Paolucci, 36 Tel. 041 92.08.11
MIRA Via Bologna, 5/A Tel. 041 42.47.00
DOLO Via Garibaldi, 52 Tel. 041 41.24.36

DIREZIONE SANITARIA:
Coordinatore Dott. Girolamo Pavanello



_____ (data e luogo)

Io sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

In qualità di _____

del Signor/Sinora:

COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

(da compilare solo ed esclusivamente se la richiesta proviene da soggetto diverso dal Paziente)

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la mia personale responsabilità, in osservanza a quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i.

AUTORIZZO_____
(nome della Società del Gruppo cui viene fatta la richiesta)

all'invio:

- Del referto
- Della password per scaricare il referto online

relativo alla prestazione sanitaria effettuata presso la sede di _____

in data _____ in quanto impossibilitato a recarmi personalmente in loco per il ritiro.

Vorrete provvedere all'invio:

- tramite e-mail all'indirizzo: _____
- a mezzo fax al numero: _____

Firma: _____

Allego alla presente richiesta:

1-copia di documento di riconoscimento con foto *(obbligatorio)*2-copia del foglio di ritiro *(opzionale)*