



RICHIESTA SPEDIZIONE ESAMI

Il/La sottoscritto/a.....Nato/a il.....
 Residente in.....Via.....
 C.A.P.....Recapito telefonico.....
 Recapito telefonico di riferimento.....Codice fiscale.....
 Medico di base.....

CHIEDE

La spedizione del dosaggio TAO a mezzo di:

- FAX al seguente numero:.....
- MAIL al seguente indirizzo di posta elettronica:.....

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli comunicati con la presente, necessario all'espletamento della presente richiesta nonché per tutte le finalità di cui al D.Lgs. n. 196/2003.

DICHIARA INOLTRE

- di accettare che Policlinico di Monza sia sollevato da ogni responsabilità derivante dal mancato immediato aggiornamento dei propri dati personali e dagli eventuali disservizi della rete postale, telefonica ed informatica ovvero da lesioni della riservatezza/conservazione dei dati trasmessi, dovuti a cause non direttamente riconducibili e/o imputabili al Policlinico di Monza stesso;
- di essere consapevole che ove i dati forniti per l'invio delle comunicazioni a Lei destinate da parte del Policlinico di Monza non siano aggiornati o corretti, si declina ogni responsabilità circa la sua mancata e/o puntuale ricezione delle comunicazioni a Lei destinate;
- di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003.

ALLEGO ALLA PRESENTE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' N°.....

Monza,

Data_____

Firma_____

