

Dipartimento Interaziendale di Patologia Clinica
ASL 3 Genovese-Ospedale Evangelico

Richiesta di comunicazione telefonica dell'esito di esame I.N.R.

Il/La sottoscritto/a _____
dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di protezione dati personali e **chiede ed autorizza per esigenze di intervento diagnostico/terapeutico tempestivo** la comunicazione telefonica dell'esito dell'esame I.N.R. da parte del personale del Laboratorio Analisi e contestualmente libera il Laboratorio analisi da ogni responsabilità al riguardo.

Luogo e data _____

Firma richiedente _____

Il/La sottoscritto/a Medico Curante Dott./ssa _____
valutata la situazione obiettiva del richiedente Sig./ra _____
attesta la necessità di quanto sopra richiesto ed autorizzato e ne condivide i fini.

Luogo e data _____

Firma richiedente _____

ATTENZIONE: occorre allegare alla presente richiesta fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente.