



Richiesta domiciliazione referti medici

Ai sensi del D. Lgs. 196/03, il sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____
RESIDENZA via _____ n. _____ Località _____ C.A.P. _____ Provincia _____
CODICE FISCALE _____ Nato a _____ il _____
TELEFONO _____ CELL _____ E-MAIL _____

A U T O R I Z Z A

espressamente l'AVIS COMUNALE DI LENTINI ad inviare tramite spedizione postale (affrancatura posta ordinaria) l'esito degli accertamenti medici eseguiti su disposizione dell'A.S.P.8 SR - Centro Trasfusionale di Lentini, al seguente indirizzo:

Indirizzo : _____ Luogo : _____ Cap : _____

Mi impegno, altresì, a comunicarvi tempestivamente eventuali variazioni riguardo ai miei recapiti.

Luogo e data _____

Firma _____

Importante: il presente modulo dovrà essere spedito all'indirizzo dell'Associazione, consegnato in segreteria, oppure inserito nell'apposita cassetta postale, in quanto si necessita delle firme in originale.