



RICHIESTA INVIO A DOMICILIO DEGLI ESAMI EFFETTUATI PRESSO LA SCDO NEUROLOGIA II-CRESM

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "San Luigi Gonzaga di Orbassano", con l'obiettivo di migliorare le relazioni con l'utenza e diminuire il disagio dei pazienti, offre, oltre alla possibilità di ritirare personalmente alcuni esami effettuati presso la SCDO Neurologia II-CRESM (Anticorpi Anti-AQP4 - Anticorpi Anti Sistema Nervoso Centrale - Anticorpi Anti Interferon - Dosaggio MxA - Esami per Oto-Rinoliquorrea), la spedizione a domicilio con posta "raccomandata" degli stessi.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

documento n° _____ rilasciato il _____

residente in _____

telefono n. _____

Chiede

all'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) la spedizione a domicilio - con posta "raccomandata" e pagamento in contrassegno - degli esami effettuati presso la SCDO Neurologia II-CRESM effettuati dallo/a scrivente in data ____ / ____ / ____ al seguente indirizzo:

Il/La sottoscritto/a dichiara di impegnarsi a pagare in contrassegno al momento del ricevimento dell'esame.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di esonerare la predetta Azienda da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta dell'esame richiesto.

Orbassano, ____ / ____ / ____

Firma leggibile

NB Il seguente modulo va compilato esclusivamente dall'Interessato in ogni parte ed in modo chiaro e consegnato al Personale della SCDO Neurologia II- CRESM.