



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Territoriale**

**Ascoli Piceno**

Via degli Iris – 63100 Ascoli Piceno – tel 0736/3581 fax 0736/358839 c.f./p. I.V.A.: 02175860424

**Richiesta di invio referto clinico a mezzo postale**

Il/La sottoscritto/a.....

Abitante in via.....

CAP.....Città.....

Ai sensi della legge 675/96, decreto legislativo 196/2003 e Gdpr 679/2016 che regola il trattamento dei dati personali, dichiara di essere consapevole e di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc) e, nel caso di Posta prioritaria, anche nella cassetta delle lettere.

Data.....

Firma.....