

## MODULO DI RICHIESTA DI INVIO DEI REFERTI TRAMITE POSTA ELETTRONICA

Il sottoscritto ..... nato a .....

il ..... e residente a ..... in via.....

chiede al Centro Medico By Salus srl di inviare a questo indirizzo di posta elettronica

.....@.....

il referto relativo a .....

eseguito/a in data.....

*se la documentazione riguarda figlio/a minore specificare nome, cognome e data di nascita del figlio/a:*

.....

chiedo che l'invio del referto avvenga senza utilizzo di sistemi di protezione in chiave crittografica.

Data .....

Firma .....