

IL SOTTOSCRITTO _____

(SE PER MINORE O ALTRO), IN QUALITÀ DI TITOLARE DEL CONSENSO PER _____

(INDICARE GRADO DI PARENTELA) _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DICHIARA

DI AVER COMPRESO LE MODALITÀ DI CONSEGNA DEL REFERTO E DELLE RELATIVE IMMAGINI COMUNICATE
ATTRAVERSO IL LINK INVIATO CON MESSAGGIO

e

AUTORIZZA

L'INVIO DEL REFERTO AL DOTT. _____

ALL'INDIRIZZO EMAIL _____

DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE O DEL TITOLARE DEL CONSENSO _____