

Gentile Utente,

il referto dell'esame da Lei effettuato potrà essere:

- recapitato al domicilio** pagando il corrispettivo dovuto e compilando il modulo sul retro.
- ritirato di persona, a partire dal giorno _____ alle 17:00 e nei giorni successivi **dalle 09:00 alle 18:30 dal lunedì al venerdì** presso Chiros, via Vittorio Amedeo II n°8, Torino, **3° piano. Pulsante RR - RITIRO REFERTI.**

A tutela della riservatezza dei dati personali e in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Privacy (Regolamento Ue 2016/679, "GDPR"), i referti sono consegnati in busta chiusa esclusivamente al Paziente previa esibizione di un documento di riconoscimento o a persona munita di delega e di documento identificativo. In assenza di tali condizioni, il personale di accettazione non è autorizzato a consegnare i referti.

In base alla normativa vigente, i referti eseguiti in regime di Accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale devono essere ritirati entro e non oltre 30 giorni dalla data sopraindicata. Il mancato ritiro entro i termini previsti comporta l'addebito al Paziente dell'intero costo della prestazione, anche in caso di esenzione dal ticket (legge finanziaria 296/2006 comma 796, lettera R).

REFERTO INTESTATO A: _____ **Ass.** _____
Data dell'esame ___ / ___ / _____

DELEGA AL RITIRO DEL REFERTO

Io sottoscritto _____

nato il ___ / ___ / _____ a _____

DELEGO

Il/la sig./sig.ra _____ al ritiro del mio referto.

Torino, ___ / ___ / _____ Firma _____

N.B.: SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE

Spazio riservato all'Amministrazione:

Consegna effettuata in data: _____

Estremi del documento: _____ rilasciato da: _____

Firma dell'interessato o di un suo delegato: _____

Sigla dell'operatore che consegna il referto: _____

**MODALITÀ di RITIRO REFERTI**MOD06 PG_{RAD01}

Revisione n°12

del 16/10/2019

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (____) il ____ / ____ / _____

[Esercente la patria potestà sul minore _____
in qualità di padre; madre; tutore; altro _____]**CHIEDE**

al Centro CHIROS s.r.l. la spedizione a domicilio dei referti sanitari relativi alla prestazione di

_____ effettuata in data _____ **ASS** _____*[indicare l'indirizzo a cui andranno spediti i documenti]*

Cognome sul campanello _____

via/piazza _____ n° _____

CAP _____ Città _____ provincia _____

a mezzo del servizio di Posta raccomandata:

€ 7.45 (da 50 a 100 gr.)

esame singolo

€ 8.05 (da 101 a 250 gr.)

esame singolo + esami precedenti
oppure esami multipliPosta Raccomandata 1 (consegna in 1 giorno lavorativo e spedizione tracciata) € 12.50**L'importo dovuto viene versato contestualmente alla presente domanda.**

Il sottoscritto/a **dichiara** ai sensi del Regolamento Ue 2016/679 che regola il trattamento dei dati personali, di accettare che il recapito della suddetta documentazione potrà avvenire anche a persona diversa dal destinatario, presente al domicilio indicato (es.: familiare, convivente, portiere dello stabile, etc.) e, nel caso di Posta Prioritaria, anche nella cassetta delle lettere.

Il sottoscritto/a **dichiara** altresì di esonerare Chiros s.r.l. da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza causata dall'invio tramite posta del referto richiesto.

Prende atto che l'istituto Chiros s.r.l. declina ogni responsabilità per il mancato recapito del plico dopo l'avvenuta consegna a Poste Italiane S.P.A.

La spedizione dei documenti potrà avvenire solo ad avvenuto pagamento delle spese di spedizione e dell'importo della prestazione stessa.

Data _____

Firma del Paziente