

# Modulo richiesta invio referto

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

..... data di nascita ..... luogo di nascita .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, (art. 76 del DPR n.445/2000)

### IN QUALITÀ DI (barrare la voce di interesse)

- diretto interessato, se maggiorenne
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (\*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)
- coniuge o figlio o, per mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (\*), il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000):

- .....  legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (\*)

(\*) nome/cognome .....

..... data di nascita ..... luogo di nascita .....

cod. fiscale .....

### CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DEL REFERTO VIA POSTA ELETTRONICA ALL'INDIRIZZO

.....  
(verrà inviato un link ad un archivio protetto e un messaggio tramite whatsapp con la password)

riferito alla prestazione di .....

fatta in data .....

I dati personali conferiti saranno trattati da Examina esclusivamente per evadere la presente richiesta, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii.

Data ..... Firma del richiedente .....