



*copia immediata alla Direzione Sanitaria*

**DINIEGO AD ESSERE CONTATTATI TELEFONICAMENTE E/O A MEZZO EMAIL  
DAL POLICLINICO CASILINO PER RICEVERE INFORMAZIONI SU PERCORSI DI  
CURA OFFERTI DALLO STESSO PER LA/E PATOLOGIA/E EVENTUALMENTE  
EVIDENZIATA/E DALL'ESAME PRENOTATO**

Nominativo \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a , \_\_\_\_\_ con il presente modulo chiedo di non  
essere contattato telefonicamente e/o a mezzo email dal Policlinico Casilino per essere informato sui percorsi che lo stesso offre per  
la/e patologia/e eventualmente evidenziata/e dall'esame da me prenotato.

**Firma dell'interessato**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

**Firma degli esercenti la potestà genitoriale (entrambe i genitori) in caso di minorenni** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

**Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_