



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 _____