

Sede Primaria:

LAB. CERTIFICATO
UNI EN ISO 9001:2015
20841 Garate B.za (MB)
Via Mattavelli, 3
Tel. 0362.903099
N. VERDE 800-422-978

Altre Sedi:

Roma - Lab. Caravaggio - tel. 06.59453226
Roma - Lab. Labomedica - tel. 06.7102668
Milano (MI) - Lab. Lodi - tel. 02.5511331
Milano (MI) - Lab. Piave - tel. 02.76021179
Milano (MI) - Lab. Corvetto - tel. 02.57403960
Assago (MI) - Lab. Milano - tel. 02.45701043

Mantova (MN) - Lab. Fierming - tel. 0376.368446
Forlì (FO) - Lab. Nuova Istam - tel. 0543.30030
Cervia (RA) - Lab. Oriani - tel. 0544.972.127
Sestri Levante (GE) - Lab. Esculapio - tel. 0185.485615
Rapallo (GE) - Bio. Lab. - tel. 0185.54488
La Spezia (SP) - Lab. Gamma - tel. 0187.715614

Mod. 09.33 Rev.0 del 06/08/2020

Richiesta comunicazione referto HIV ad un Medico

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a il

residente in via CAP

città Prov.....

dichiara di essere a conoscenza della legge 135 del 5 giugno 1990, che regola la consegna dei referti di test HIV ed in particolare del fatto che i risultati dei test possono essere consegnati soltanto al diretto interessato.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essersi sottoposto al test HIV in data presso Bianalisi S.p.A. e di aver **ricevuto personalmente il risultato in data**

Avendo già ricevuto i risultati, il/la sottoscritto/a chiede a Bianalisi S.p.A. di comunicare il risultato per suo conto al seguente medico soggetto al segreto professionale :

Dott./Dott.ssa

numero telefonico personale

operante in proprio studio all'indirizzo

o presso la struttura collocata all'indirizzo

tramite :

consegna in busta chiusa nelle mani del medico indicato

posta elettronica certificata all'indirizzo mail

Il sottoscritto allega copia di un documento di identità o del tesserino sanitario e dichiara :

- di richiedere la comunicazione dei risultati al medico indicato perché necessario per la tutela della propria salute;
- di assumersi ogni responsabilità in relazione alla consegna al medico sopra indicato tramite la modalità specificata;
- di sollevare la società Bianalisi S.p.A. da ogni responsabilità avendo effettuato la presente richiesta volontariamente e in piena consapevolezza di ogni possibile conseguenza.
-

Data

Il sottoscritto (nome e cognome)

Firma leggibile