ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE **Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**	**MODULO RICHIESTA INVIO ESAMI**	ASP ENNA SERVIZI DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE **P.O. UMBERTO I ENNA**

Il/la sottoscritto/a_____, nata a _____

il_____ e residente a _____ in Via_____

documento di riconoscimento tipo_____ N._____

C H I E D E

che copia del referto degli esami delle donazioni da me effettuate presso il SIMT di Enna mi vengano recapitate secondo la seguente modalita':

|__| Ritiro a mano presso il SIMT

|__| Posta ordinaria al seguente indirizzo_____

|__| Consegna personale AVIS Enna

(scrivere a stampatello in maniera chiara e leggibile)

Enna, lì _____

FIRMA

_____

n.b. Il modulo deve essere compilato solo una volta o in caso di modifica della modalita' d'invio