



DELEGA al CENTRO DIAGNOSTICO EXACTA di VERONA per la PRENOTAZIONE degli ESAMI di LABORATORIO del CHECK UP di PREVENZIONE previsti dalla POLIZZA SANITARIA stipulata INARCASSA (Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Ingegneri ed Architetti Libero Professionisti) con PREVIMEDICAL

stampare e sottoscrivere a chiunque si avvalga del Servizio di prenotazione e inviare, insieme a copia di un documento d'identità in corso di validità, tramite fax 045/8010868 o via email exacta@exacta-lab.it

Spett.le **CENTRO DIAGNOSTICO EXACTA**

Vicolo Chiodo, 8 37121 Verona (Tel 045 595766 - email exacta@exacta-lab.it)

Io sottoscritto .....

Nato a ..... il .....

residente a .....

in Via .....

Codice Fiscale ..... No iscrizione .....

presso l' Ordine degli Ingegneri di Verona

**SOTTO LA MIA ESCLUSIVA RESPONSABILITÀ**, con la presente **DELEGO e AUTORIZZO**

il Centro Diagnostico Exacta a voler effettuare direttamente la prenotazione degli esami di laboratorio del check up di prevenzione previsti dalla polizza sanitaria stipulata da Inarcassa (Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Ingegneri ed Architetti Libero Professionisti) con la Centrale Operativa di Previmedical dei seguenti esami di laboratorio:

*(barrare la casella dei soli esami che si intendono effettuare):*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Urea               | <input type="checkbox"/> Creatinina                                |
| <input type="checkbox"/> ALT                | <input type="checkbox"/> Emocromo                                  |
| <input type="checkbox"/> AST                | <input type="checkbox"/> Tempo di Protromboplastina Parziale (PTT) |
| <input type="checkbox"/> Gamma GT           | <input type="checkbox"/> Tempo di Protrombina (PT)                 |
| <input type="checkbox"/> Glicemia           | <input type="checkbox"/> Ves                                       |
| <input type="checkbox"/> Colesterolo Totale | <input type="checkbox"/> Esame Urine                               |
| <input type="checkbox"/> Colesterolo HDL    | <input type="checkbox"/> Ricerca sangue occulto fecale             |
| <input type="checkbox"/> Trigliceridi       | <input type="checkbox"/> PSA per gli uomini                        |

Indicare giorni disponibili per l'effettuazione del prelievo presso il Centro Diagnostico Exacta:  
 .....

Distinti saluti .....  
 (firma leggibile)

.....  
 (data)

.....  
 (no. telefono cellulare)

.....  
 (no. telefono ufficio)

.....  
 (indirizzo email)

Ai sensi del D.Lgs 196/03 autorizzo il Centro Diagnostico Exacta al trattamento dei miei dati personali.

.....  
 (firma leggibile)

.....  
 (data)