BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

Vlaanderen is zorg

MODULO DI PARTECIPAZIONE

Inviando il tuo campione unitamente al presente modulo di partecipazione, acconsenti che il risultato venga inviato a te e al tuo medico (di base), che questi dati vengano conservati e che vengano utilizzati (esclusivamente) nell'ambito degli screening del tumore al seno, del collo dell'utero e del colon-retto e della valutazione del processo.

TI RICORDIAMO CHE:

* **Questo modulo è personale ed è destinato esclusivamente a te.**
* **È necessario indicare i dati di un medico per l'invio del risultato.**
* **Non devi incollare nulla su questo modulo.**
* **Devi utilizzare una penna a sfera blu o nera.**
* **Puoi partecipare unicamente con il test che hai ricevuto ora e con questo modulo di partecipazione.**
* **Non devi inviare un test inutilizzato o vuoto.**

Invia questo modulo unitamente al campione nella busta a bolle d'aria. Diversamente le tue feci non potranno essere analizzate.

Data di prelievo del campione: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *

(* campo obbligatorio)

Disponiamo dei tuoi dati seguenti:

IL TUO NUMERO:

DI TELEFONO: IL TUO:

INDIRIZZO E-MAIL:

* **Sono corretti?** In questo caso, non devi scrivere niente nelle caselle qui sotto. Compila soltanto la data qui sopra. Il tuo indirizzo e-mail è prestampato in maiuscolo, e non occorre che lo modifichi in minuscolo.
* **Ci sono dati mancanti o non corretti?**

In questo caso scrivi SOLO i dati che vuoi aggiungere o modificare in STAMPATELLO nelle caselle qui sotto.

Il tuo numero di telefono (preferibilmente il tuo numero di cellulare):

La tua email:

@

Il nome del tuo medico (di base):

Il cognome del tuo medico (di base):

La via del tuo medico (di base):

Il numero civico del tuo medico (di base):

Il CAP del tuo medico (di base):

RAZIE PER LA TUA PARTECIPAZIONE!

35139