



LCRFNC38A05D488F

Fano, 14-01-2008

Sig. xxx

VIA FRANCESCO PALAZZI 43

61032 FANO (PS)

Gentile Signora/e xxx

Dopo aver da Lei ricevuto comunicazione in data _____ **di non voler eseguire** gli accertamenti consigliati, Le comuniciamo che secondo i protocolli di Screening del Colon Retto, non sarà più contattata/o da questa Segreteria.

Al fine di chiudere la Sua scheda clinica, Le chiediamo cortesemente di recarsi dal Suo Medico di Medicina Generale per formalizzare per iscritto il suo rifiuto.

Tale rifiuto scritto va inviato entro 20 giorni dal ricevimento della presente al seguente indirizzo: "**Segreteria Organizzativa Screening Colon Retto, Via Vittorio Veneto n. 2 - 61032 Fano**", oppure al **Fax. 0721/882672**

Per informazioni può telefonare alla Segreteria Organizzativa Screening **dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 10.00** al seguente numero **0721 882631**.

Cordiali saluti.

LA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA SCREENING
Infermiera Coordinatrice Marta CelaniIL RESPONSABILE DEL PROGETTO
Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Dr. Massimo Agostini