

## Modulo per rinuncia screening

Spett. Centro Screening Aziendale  
ASL Napoli2 nord  
Via N. Amore 2  
Casavatore

e-mail: [centroscreening@asl.napoli2nord.it](mailto:centroscreening@asl.napoli2nord.it)

Oggetto: Richiesta di esclusione dai programmi di screening

Il/La sottoscritto/a .....

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

residente a ..... in Via .....

Codice Fiscale.....

Documento di identità .....n. ....

Chiede

Di essere escluso/a definitivamente dal programma di screening:

per la prevenzione del tumore del collo dell'utero

per la diagnosi precoce del tumore della mammella

per la prevenzione del tumore del colon-retto

Si allega copia documento di identità.

Qualora cambiassi opinione, la presente non mi esclude la possibilità di essere reintegrata/o, nel qual caso comunicherò la mia volontà con le stesse modalità.

Data.....

Firma.....