



D./Dña.:  
Dirección:  
C.P. Población (Provincia):

D./Dña. \_\_\_\_\_, con documento identificativo

\_\_\_\_\_, solicito y autorizo:

Que se envíen mis informes médicos a la siguiente dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_.

Los informes estarán protegidos por contraseña, que se enviará al nº de teléfono móvil: \_\_\_\_\_.

Que se sustituya mi anterior dirección de correo electrónico por la dirección

\_\_\_\_\_ y mi anterior nº de teléfono móvil por

el nº \_\_\_\_\_.

Que se dejen de enviar mis informes médicos por correo electrónico.

Para lo cual adjunto una fotocopia de mi documento identificativo por ambas caras.

Igualmente, manifiesto que asumo toda responsabilidad ante posibles accesos indebidos derivados de los envíos por mí autorizados.

Y para que conste, lo firmo en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma