



SOLICITUD DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Nº pasaporte/D.N.I. utilizado durante el crucero: _____

Nº de reserva: _____

Nombre del barco: _____

Fecha de salida (dd/mm/aaaa): _____

Fecha de desembarque (dd/mm/aaaa): _____

Dirección correo electrónico: _____

Por el presente solicito a MSC Cruise Management (UK) Ltd que me facilite copias de mi historial médico enviándolas a la dirección de correo electrónico arriba indicada.

Al firmar esta "Solicitud de historial médico", entiendo perfectamente que solicito, en virtud de la legislación sobre protección de datos, que se me envíe mi historial médico a la dirección de correo electrónico que he indicado correctamente más arriba.

Esta "Solicitud de Historial Médico" me ha sido explicada. Firmo esta "Solicitud de Historial Médico" por mi propia voluntad y en mi nombre.

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Nombre y firma: _____