

**RICHIESTA PREPARATI ISTO-CITOPATOLOGICI
PER CONSULENZA PRESSO ALTRO ISTITUTO (All. 5)**

Il sottoscritto nato a
il e residente a in via
n° recapito telefonico

richiede in visione vetrini inclusioni in paraffina sezioni non colorate altro
 istologici citologici pap-test altro

Caso n° di data

Caso n° di data

Caso n° di data

relativi al sottoscritto oppure (*se diverso dal richiedente*)
 relativi al sign./ra * nato/a il

eseguiti da codesto Servizio per sottoporlo in visione al dott.
Istituto/Ospedale

Il sottoscritto si impegna a non utilizzare il materiale ricevuto in visione per scopi diversi da quelli connessi con la consulenza senza esplicita autorizzazione e a restituire il materiale stesso unitamente a copia del referto del consulente.

Data Firma del richiedente

* *In caso di richiesta di materiali relativi a persone terze, occorre allegare in originale la delega firmata con fotocopia del documento di identità valido del delegante, ai sensi del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".*

Delego al ritiro dei preparati il/la sig./ra
nato/a il e allego fotocopia del mio documento d'identità.

Firma del richiedente

Da compilare a cura della Segreteria dell'Anatomia Patologica:

Richiesta ricevuta in data da

