



**Richiesta di vetrini e/o blocchetti
di Citologia e Istologia Patologica**

Spett.le

LABORATORIO PENNELLI
Via S. Biagio, 72 -Padova
Fax 049 8363672

Sezione 1 -Richiesta

Il sottoscritto In qualità di Paziente Delegato

Nato a il

Residente in Via n. Comune (.....)

Recapito telefonico

Documento C.I. Passaporto Patente N°

CHIEDE IN VISIONE

Per il sottoscritto Con il consenso del paziente, Sig./ra nato/a il

Tipo di preparato:

Vetrini istologici Sezioni non colorate (Fette in Bianco) Blocchetto in paraffina

relativo al referto n. del eseguito presso Laboratorio Pennelli.

Il Sottoscritto è informato che il materiale in oggetto è **esistente in unica copia** e che lo smarrimento e/o la mancata riconsegna non permetterebbe l'esecuzione di ulteriori verifiche diagnostiche sullo stesso. Consapevole di quanto sopra dichiarato sollevo, quindi, la Casa di Cura S.M. Maddalena e il Laboratorio Pennelli da qualunque responsabilità in caso di smarrimento e/o mancata riconsegna, rinunciando a qualunque azione di rivalsa.

Data

Firma del richiedente

Sezione 2 -Ritiro

Il sottoscritto In qualità di Paziente Delegato

RITIRA

Per il sottoscritto Con il consenso del paziente, Sig./ra nato/a il

il materiale richiesto impegnandosi a restituire i preparati di cui sopra entro 30 giorni dalla data di ritiro (escluso fette in bianco)

Documento C.I. Passaporto Patente N°

Data

Firma per ricevuta Firma per consegna

(Richiedente)

(Operatore)

Sezione 3 -Restituzione

Il sottoscritto

RICONSEGNA in data odierna

Per il sottoscritto Con il consenso del paziente, Sig./ra nato/a il

i preparati di cui sopra.

Documento C.I. Passaporto Patente N°

Data

Firma per consegna Firma per ricevuta

(Operatore)



Casa di Cura S. Maria Maddalena
Accreditata con il S.S.N.



DELEGA

Richiesta di vetrini e/o blocchetti di Citologia e Istologia Patologica

Io sottoscritto Sig./Sig.ra

Documento C.I. Passaporto Patente N°

AUTORIZZO

Il Sig./Sig.ra

Documento C.I. Passaporto Patente N°

A: CHIEDERE IN VISIONE a mio nome

RITIRARE a mio nome

RICONSEGNARE a mio nome

i preparati istologici relativi al referto n. del eseguito presso Laboratorio Pennelli.

Il Sottoscritto solleva la Casa di Cura S.M. Maddalena e il Laboratorio Pennelli da qualunque responsabilità in caso di smarrimento e/o mancata riconsegna, rinunciando a qualunque azione di rivalsa.

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELEGATO

Ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, la Casa di Cura S. M. Maddalena in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati personali acquisiti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03

FIRMA DEL DELEGATO