



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lariana

Direzione Medica Presidio Ospedaliero Cantù/Mariano Comense

Direzione Sanitaria

Direttore f.f.: dott.ssa Elena Amina Scola

Presidio Sant'Antonio Abate di Cantù:
Telefono 031.799.354 - Fax 031.799.479
dmp.cantu@asst-lariana.it

Presidio Polispecialistico Felice Villa di Mariano Comense:
Telefono 031.755.231 - Fax 031.755.230
dmp.mariano@asst-lariana.it

Nr. _____

RICHIESTA RILASCIO PREPARATI ISTOLOGICI/CITOLOGICI

DATI DI CHI PRESENTA LA RICHIESTA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____

Residente in _____ Via _____ Tel. _____

In qualità di:

☐ Medico Curante Istituto ☐ Esercente la patria potestà ☐ Erede ☐ Legale Rappresentante ☐ Tutore
delegato ☐ Altro _____

Chiede i preparati istologici/citologici

Dati anagrafici titolare documentazione richiesta (anagrafica paziente)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ____/____/____

Motivazione della richiesta ☐ Uso Medico ☐ Assicurativo ☐ Legale ☐ Personale ☐ Altro _____

DESCRIZIONE DEGLI ESAMI ISTOLOGICI/CITOLOGICI RICHIESTI

VETRINI COLORATI Nr. _____ SEZIONI IN BIANCO Nr. _____ BLOCCHETTI IN PARAFFINA Nr. _____

Il sottoscritto ha dichiarato tutto quanto sopra, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000, inoltre, acconsente ai sensi del D.Lgs. 196/2003, che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge; dichiara altresì di aver letto la nota informativa, che è parte integrante della presente richiesta.

Data _____

Firma _____ (firma di chi presenta la richiesta)

Delega e autorizzazione per la presentazione della richiesta/ritiro della documentazione

Dichiaro di delegare/autorizzare il/la Sig. /ra _____

☐ ad inoltrare la presente richiesta ☐ al ritiro della documentazione richiesta

Data _____ Firma _____ (firma del paziente)

In ottemperanza alle vigenti normative, prima di ritirare il documento in allegato alla presente richiesta, verificare che i dati corrispondano, in quanto la diffusione dei dati contenuti nella busta è perseguibile sia ai sensi dell'art. 616 c.p. che ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

Data del ritiro _____ Firma per il ritiro _____

DA COMPILARE SOLO PER LA SPEDIZIONE A DOMICILIO (spese a carico del destinatario)

Indirizzo presso il quale si desidera ricevere la documentazione richiesta a mezzo posta:

Firma per richiesta spedizione _____

E' obbligatorio allegare documento di riconoscimento valido dell'aveute diritto ed eventuale delegato

Spazio riservato all'Ufficio: Richiesta evasa in data _____