

**RICHIESTA E IMPEGNO ALLA RESTITUZIONE DI PREPARATI
CITOLOGICI E ISTOLOGICI DA SOTTOPORRE A CONSULTO**

Il /La sottoscritto/a _____
 Nato/a _____ [_____] in data ____/____/____ C.F. _____
 residente a _____ in Via _____ N° _____ Tel. _____
 Documento di identità n. _____ Tessera Sanitaria n° _____
 prende in consegna i preparati richiesti per sottoporli a revisione diagnostica presso _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

n° _____ preparati istologici citologici
 contrassegnati dal/numero/i _____
 comprendenti _____

segnare colorazioni speciali, immunistochemiche, sezioni in bianco, blocchetto/i

e

DICHIARA

- 1) Di impegnarsi alla loro restituzione entro 90 giorni dal ritiro del materiale presso la S.C. di Anatomia Patologica unitamente al referto del centro revisore.
- 2) Di accettare l'impegno, in caso di mancata restituzione entro il predetto termine o di restituzione parziale, a corrispondere all'Azienda Ospedaliera la somma di € 50,00.
- 3) Di prendere atto che, in caso di mancata restituzione del materiale, non sarà possibile per l'Azienda Ospedaliera ripetere la diagnosi.
- 4) Di **sollevare** fin d'ora l'Azienda Ospedaliera da eventuali responsabilità conseguenti alla mancata riconsegna del materiale.

Luogo _____, data ritiro _____ Firma Leggibile _____

In caso di ritiro dei preparati da parte del diretto interessato è sufficiente la compilazione dei soli campi soprastanti.

Procedere anche alla compilazione dei campi sottostanti in caso di delega

Io sottoscritto _____, letto ed accettato quanto ai punti 1,2,3,4

DELEGO

il/la Sig./Sig.ra _____ identificat_ in base al documento di riconoscimento

N. _____ tel _____ al ritiro dei preparati di cui sopra .

Lecco, _____ Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

N.B. Ai fini della consegna del materiale, si rammenta che, in caso di delega, è necessario presentare fotocopia del documento di identità del delegante.

N.B Il ritiro dei preparati avviene unicamente presso la S.C. di Anatomia Patologica dell'Ospedale Manzoni dietro presentazione del presente modulo oltre che della richiesta dell'istituto revisore e/o del medico di base consegnabili anche presso gli sportelli cassa di Merate.