



AZIENDA OSPEDALIERA  
DI PERUGIA

MO\_AnatPatCitIst\_31

RICHIESTA PREPARATI ISTO-CITOLOGICI

Rev. 00  
Marzo 2016

Pagina  
1 di 1

Data \_\_\_\_\_

- Alla S.C. di Anatomia Patologica  
 Alla S.S.D. Citologia ed Istologia Diagnostica

Ospedale S. Maria della Misericordia

Il/La \_\_\_\_\_  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. tel \_\_\_\_\_

Dati del documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

RICHIEDE

in visione i preparati isto/citologici relativi al/alla paziente:

\_\_\_\_\_ caso n: \_\_\_\_\_

(in caso di richiesta in favore di altri occorre allegare in originale la delega firmata con fotocopia del documento di identità valido del delegante, anche in ordine al trattamento dei dati sensibili)

SPECIFICARE

Vetrini colorati

Sezioni in bianco  n. 5 DA 10 MICRON + COPIA REFERTO ISTOLOGICO

Inclusioni istologiche  n. \_\_\_\_\_

BIOLOGO MOLECOLARE

Nome del Patologo Consulente

DOTT. Ssa LUDOVINI VIENNA

Istituto presso cui sarà effettuata la consulenza: LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE

S.C. DI ONCOLOGIA MEDICA

Indirizzo

CRED PIANO + I

Recapiti telefonici, e-mail

075-5783453; oncolab@OSPEDALE.PERUGIA.IT

DICHIARA:

Di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Firma \_\_\_\_\_