



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
VIA NAPOLI, 8 72100 BRINDISI - CASALE
www.asl.brindisi.it

RICHIESTA VETRINI ISTOLOGICI

Al Signor Direttore
Servizio di Anatomia Patologica
Presidio Ospedaliero Di Summa – Perrino
Stabilimento Ospedaliero Perrino di Brindisi

Il sottoscritto/a, nato/a a.....
il..... e residente in alla via
..... n. telefono
nella sua qualità di

1	intestatario della documentazione sanitaria _____ (barrare se affermativo)
2	altro (indicare a quale titolo viene richiesta la documentazione sanitaria) in questa seconda ipotesi il richiedente, consapevole delle responsabilità penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n.445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riferito corrisponde al vero. _____ firma _____ n. documento identità _____ firma del funzionario addetto alla ricezione

chiede il rilascio dei vetrini istologici/citobiologici/inclusioni in paraffina

referiti a (compilare se trattasi di persona diversa dal richiedente), nato a
..... il residente in Via
..... del giorno
.....

- 1) ___ mi impegno a ritirarli personalmente,
- 2) ___ delego il signor/la signora che si presenterà munito di valido documento di riconoscimento,
- 3) produco originale dell'attestazione di versamento del deposito cauzionale di € dando atto che lo stesso non potrà essere considerato produttivo di interessi e mi verrà restituito all'atto della riconsegna del materiale istologico a condizione che lo stesso risulti integro e non deteriorato, nel qual caso verrà definitivamente incamerato dall'Amministrazione a titolo di penale.

Si precisa che se il diretto interessato è impedito a ritirare personalmente la documentazione clinica richiesta, potrà incaricare del ritiro una persona di sua fiducia, fornendola di delega scritta ed allegando fotocopia di un documento d'identità. A richiesta, gli Uffici competenti possono fornire un modulo di delega in bianco da riempire.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 D.L.gs. N. 196/2003

Egregio signore/Gent.ma signora,

La informiamo che i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria della pratica che La interessa e per le finalità strettamente connesse. Il trattamento avverrà sia con strumenti cartacei che informatici. Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto trattasi di dati essenziali per l'espletamento della pratica. La mancata indicazione dei dati richiesti comporterà che la pratica non potrà avere seguito. La eventuale trasmissione dei dati ad altri soggetti pubblici o privati avverrà nel rispetto delle vigenti norme di legge o di regolamento o qualora risulti necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di quest'Amministrazione.

Le ricordiamo infine che in qualsiasi momento Lei può esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e cancellazione di dati, come previsto dall'articolo 7 del D.L.gs. n. 196/2003, rivolgendosi all'Azienda Unità Sanitaria Locale BR/1 di Brindisi, Via Napoli n.8 Brindisi.

Data _____

Firma _____

spazio riservato all'Ufficio

PREGASI RILASCIARE RICEVUTA DI VERSAMENTO DI EURO _____
PER N. _____ VETRINI ISTOLOGICI

Il Direttore

Brindisi, li _____