



U.O.S.D. _Anatomia Patologica_____
Dirigente: Dott. Raffaele Armentano_____
Tel. 080/4994185_____ - E-mail: _raffaele.armentano@irccsdebellis.it_____

MODULO RICHIESTA VETRINI ED INCLUSI PER COSULENZA ESTERNA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
documento di riconoscimento _____

CHIEDE

in visione i preparati N° _____ del _____

Con la presente delega il sig _____

Identificato con documento di identità _____

al ritiro del materiale, sollevando la UOSD Anatomia Patologica da qualsiasi responsabilità conseguente, ai sensi legge 675/96. Si allega fotocopia del documento di identità.

Data _____ Firma _____

Su richiesta dell'interessato o persona espressamente delegata, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge sulla protezione dei dati personali: D.L. 30 giugno 2003, N° 196,

si consegnano

Quantità e tipo di preparati relativi al caso

a) Vetrini N° _____ b) Inclusi in paraffina N° _____ Relativi al caso N° _____

Medico e/o Istituto richiedente _____

Data _____ Firma (interessato o delegato)

Preparati restituiti in data _____

Corredati di diagnosi : SI _____ NO _____

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Saverio de Bellis"

Ente di Diritto Pubblico D.M. del 31/03/1982

Sede legale ed operativa: via Turi 27

70013 Castellana Grotte (BA)

C.F. - P. iva: 00565330727