



20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 02 23901 - Codice Fiscale 80018230153 - Partita IVA 04376350155

Direttore Struttura Complessa Anatomia Patologica 1 Dr. Massimo Milione tel. 02-23902281 fax: 02/23902198 E-mail: segreteria.anatomiapatologica1@istitutotumori.mi.it

Direttore Struttura Complessa Anatomia Patologica 2 Prof. Giancarlo Pruneri tel.02-23902876 fax: 02-23902877
E-mail: segreteria.anatomiapatologica@istitutotumori.mi.it

RICHIESTA PREPARATI CITO-ISTOLOGICI

Il/la sottoscritto/a.....

residente a cap

in via tel

cell e-mail.....

In qualità di a) paziente

b) legale rappresentante di (vedi riquadro)

c) erede di (vedi riquadro)

(solo se il richiedente è persona fisica diversa dal paziente)

cognome.....nome.....

nato/a ail.....

grado di parentela.....

richiede che gli/le vengano consegnati i seguenti preparati

istologici: n.

citologici: n.

sezioni in bianco: n.

inclusioni in paraffina: n.

e relativa copia del referto n.del....., allestiti presso il Dipartimento di Patologia Diagnostica e Laboratorio della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, per essere sottoposti a consulenza presso.....

Si impegna a non utilizzare il materiale ricevuto per scopi diversi da quelli connessi con la consulenza di cui sopra, di conservarli con cura e di restituire tutti i preparati colorati e le eventuali inclusioni in paraffina

Richiede che la consegna avvenga mediante:

ritiro personale

ritiro da persona autorizzata mediante delega e fotocopia del documento di identità (cognome.....nome.....)

a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno (a carico del destinatario) al seguente indirizzo:



20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 02 23901 - Codice Fiscale 80018230153 - Partita IVA 04376350155

Direttore Struttura Complessa Anatomia Patologica 1 Dr. Massimo Milione tel. 02-23902281 fax: 02/23902198 E-mail:
segreteria.anatomiapatologica1@istitutotumori.mi.it

Direttore Struttura Complessa Anatomia Patologica 2 Prof. Giancarlo Pruneri tel.02-23902876 fax: 02-23902877
E-mail: segreteria.anatomiapatologica@istitutotumori.mi.it

Sig./Sig.ra CognomeNome.....

Via.....civico.....

Città.....Provincia.....CAP.....

Eventuali comunicazioni.....

.....

Milano,

In fede, _____

FIRMA LEGGIBILE

Il paziente si assume tutte le responsabilità sull'eventuale danneggiamento, perdita o distruzione del materiale richiesto e solleva da ogni responsabilità il Dipartimento di Patologia Diagnostica e Laboratorio della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

In fede, _____

FIRMA LEGGIBILE

Presenta NO SI richiesta a firma del/della Dr./Dr.ssa

di (vedi allegato)

Data,

Materiale restituito il con referto SI NO

Ad uso interno:

Richiesta n.del.....

Ricevuta da.....

Preso visione della richiesta sopra descritta, si autorizza la movimentazione dall'archivio del materiale richiesto contrassegnato dal numero istologico/citologico.....

Data,Il Direttore.....

Dati anagrafici del paziente:

Cognome.....Nome.....

nato/a il.....sesso: M F

n. di cartella.....