



### **INFORMAZIONI PER CONSULTI SU PREPARATI CITO-ISTOLOGICI**

1. Ritirare 10 preparati istologici **non colorati (idonei per immunoistochimica)** rappresentativi della neoplasia presso il Servizio di Anatomia Patologica dell'Ospedale dove il paziente è stato sottoposto ad intervento/biopsia.
2. Inviare i preparati istologici con copia della diagnosi originale a:

**Segreteria Anatomia Patologica (Ufficio Consulti)  
Istituto Nazionale Tumori  
Via G. Venezian, 1 – 20133 Milano**

oppure consegnarli direttamente al 1° piano, blocco F dal lunedì al venerdì (orario della segreteria 9.00 -13.00). Dopo le ore 13, a discrezione del paziente, il materiale può essere consegnato presso la portineria dell'Istituto, in busta chiusa indirizzata alla Segreteria di Anatomia Patologica. Il recupero del materiale viene effettuato quotidianamente da parte del nostro personale, prima dell'orario di apertura della segreteria.

3. Il consulto cito-istologico non è previsto dal Servizio Sanitario Nazionale ed è quindi considerato una consulenza il cui costo è di € 180,00 (+ € 2,00 di bollo) (totale **€ 182,00**).
4. Il pagamento può avvenire: **a)** direttamente presso la banca dell'Istituto Tumori, quando il materiale viene consegnato direttamente allo sportello; oppure, **solo quando il materiale viene spedito tramite posta o corriere** **b)** tramite bonifico bancario (c/c bancario intestato alla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, c/o **Banca Popolare di Sondrio**, Ag. 21 Politecnico, via E. Bonardi, 4 - 20133 Milano **CODICE IBAN: IT15 C056 9601 6200 0000 2001 X82 (swift code POSOIT22)** indicando nella causale del bonifico bancario nome, cognome del paziente e "consulto dipartimentale", oppure **c)** tramite c/c postale n. 44065209 intestato a Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori indicando nella causale "consulto vetrini" e i dati del paziente.

Le ricordiamo che è importante specificare nella causale il nome del paziente per poter intestare in modo corretto la fattura.

5. Per l'intestazione della fattura sono necessari: nome e cognome del paziente, luogo e data di nascita, codice fiscale. Nel caso di spedizione dei preparati istologici Vi preghiamo di includere nel plico copia del bonifico bancario o del bollettino di c/c postale.
6. Nel caso venga richiesta dal paziente la restituzione del materiale inviato, la spedizione avverrà in contrassegno (a carico del paziente) (€ 12,00).



20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 02 23901 - codice fiscale 80018230153 - partita i.v.a. 04376350155

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DIAGNOSTICA E LABORATORIO  
Tel 02 23902813 Fax 02 23902877

7. Il recapito per l'eventuale spedizione dell'esito del consulto è il seguente:

.....  
.....

7. I dati personali raccolti sono necessari per fornire la prestazione richiesta, saranno utilizzati unicamente a questo scopo e per le relative operazioni amministrative e contabili necessarie. Tali dati verranno trattati solo da personale autorizzato, nei termini e con le modalità previste dalla normativa in materia e saranno conservati con l'ausilio di strumenti elettronici, sotto forma di campione biologico e su supporto cartaceo, adottando le misure di sicurezza stabilite. Il Titolare del trattamento è la Fondazione IRCCS – Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, rappresentata dal Direttore Generale, e il Responsabile è il Direttore di questa struttura, cui potrà rivolgersi (Segreteria: tel. 02 23902260) per l'esercizio dei diritti riconosciuti agli interessati, indicati nell'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 (informazione, aggiornamento, correzione, etc.). Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili sul sito della Fondazione nella sezione "Servizi al cittadino"

8. Per ogni ulteriore informazione, il numero dell'Ufficio Consulti (Segreteria di Anatomia Patologica) è: **02 23902813 attivo dalle ore 9.00 alle 13.00** (fax 02 23902198). L'indirizzo mail è: [consulti.anatomia@istitutotumori.mi.it](mailto:consulti.anatomia@istitutotumori.mi.it)

Io sottoscritto/a .....

**autorizzo**

nei termini indicati dall'informativa al punto 7, il trattamento

- dei miei dati personali/sensibili (sanitari)
- in qualità di ..... (genitore, tutore, medico curante, etc.), dei dati personali/sensibili (sanitari) del/della paziente .....

.....

.....

Inoltre,  **autorizzo**  **non autorizzo**

il trattamento di tali dati per la conduzione di studi in ambito medico, biomedico o epidemiologico, finalizzati al progresso scientifico in campo oncologico

..... (luogo e data)

**FIRMA**



<b>Cognome e nome</b>	
<b>Data di Nascita</b>	
<b>Luogo di Nascita</b>	
<b>Codice fiscale</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>Cellulare</b>	
<b><u>Indirizzo mail</u> cui inviare il referto</b>	
<b>FIRMA PER INVIO REFERTO VIA MAIL</b>	
<b>Indirizzo di residenza</b>	
<b>Cap</b>	
<b>Città</b>	
<b>Provincia</b>	

.....