



**RICHIESTA PREPARATI ISTO-
CITOPATOLOGICI PER CONSULENZA
PRESSO ALTRI ISTITUTI**

N. RICHIESTA..... ANNO.....

RICHIESTA PREPARATI ISTO-CITOPATOLOGICI PER CONSULENZA PRESSO ALTRI ISTITUTI

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente in

via n.

recapito telefonico e-mail

documento di identità valido (allegare copia)

RICHIEDE

in visione i preparati cito-istopatologici relativi a

VETRINI COLORATI VETRINI NON COLORATI

INCLUSIONI ALTRO

eseguiti da codesto Servizio per sottoporlo in visione al:

Dr./Prof.

Istituto/Ospedale

Il sottoscritto si impegna a non utilizzare il materiale ricevuto in visione per scopi diversi da quelli connessi con la consulenza senza esplicita autorizzazione ed a restituire il materiale stesso, unitamente a copia del referto del consulente.

Data Firma.....

N. caso..... **Anno**.....

Preso visione di quanto sopra, autorizzo il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero.....

dall'Archivio di questa Struttura con la consegna di preparati colorati n.....
e in bianco n.....

Data Il Medico Responsabile.....