



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

AZIENDA A.S.L.02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

U.O.S.D. di Screening del Cervico-Carcinoma e
Citodiagnostica

fax 0872/706489

e.mail: citologia.lanciano@asl2abruzzo.it

N° VERDE 800893436



MODULO DI RICHIESTA PREPARATI PER CONSULENZA

Il sottoscritto.....
nato a ilresidente in
..... Via.....n°.....
documento di riconoscimento.....

RICHIEDE

In visione i preparati /citologici
relativi a

(in caso di richiesta in favore di altri occorre allegare in originale la delega firmata con fotocopia del documento di identità valido del delegante) eseguiti da codesto Servizio per sottoporlo in visione al:

Dr. /Prof

Istituto/Ospedale

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

Data Firma

Richiesta ricevuta in data Da.....

Presa visione di quanto sopra, autorizzo il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero:dall'archivio della U.O.S.D. con la consegna di preparati colorati n°

Data Dirigente Sanitario