

 <p>Azienda Ospedaliera di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola - Malpighi</p> <p>U.O. Emolinfopatologia - Pad 8 Via Massarenti 9- 40138 Bologna</p>	<p>ISTRUZIONE OPERATIVA</p> <p>PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE</p> <p>MODULO RITIRO MATERIALE CON DELEGA</p>	<p>RS06-IOS15</p> <p>Rev.1</p> <p>Pagina 1/1</p>
---	---	--

## **COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

**1) CHIEDE LA RESTITUZIONE DEL MATERIALE GIÀ ALLESTITO E DEL REFERTO ISTOLOGICO RELATIVI AL MINORE DI CUI SOPRA**

**2) DELEGA AL RITIRO**

a) il **Sig./Sig.ra** .....nata a .....il .....

**LA PERSONA DELEGATA DEVE PRESENTARSI MUNITA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**

**b) corriere** (a proprie spese) il quale ritirerà il materiale presso U.O. Emolinfopatologia – Pad. 8 – piano seminterrato –Policlinico S.Orsola-Malpighi - Via Massarenti, 9 – 40138 Bologna (lun-ven 8.30–13/14-16.00)  
**LA CONSEGNA AVVERRÀ SULLA BASE DEL NOMINATIVO DI CHI EFFETTUA LA PRESTAZIONE**

**3) SOLLEVA LA VOSTRA UNITÀ OPERATIVA DA OGNI RESPONSABILITÀ IN CASO DI SMARRIMENTO E/O ERRONEA CONSEGNA**

**4) ALLEGA FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DELLA CARTA DI IDENTITA'**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA PAZIENTE

.....

Per informazioni: tel. 051/214 4674 (dal lunedì al venerdì h. 11.00-13.00 – lunedì e mercoledì h. 14.00-16.00)  
mail : [segreteria.ematologia@aosp.bo.it](mailto:segreteria.ematologia@aosp.bo.it)