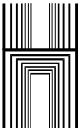


| | | |
|--|---|--|
|  <p>Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi U.O. Emolinfopatia - Pad 8 Via Massarenti 9- 40138 Bologna</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE MODULO RITIRO MATERIALE PER MINORE</p> | <p>RS07-IOS15 Rev.1 Pagina 1/1</p> |
|--|---|--|

COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ Via _____

Tel. _____

ESERCENTE LA POTESTA' SUL/LA MINORE

Nome e cognome _____

Nato/a a _____ il _____

CHIEDE la restituzione del materiale già allestito e del referto istologico relativo al minore

a) ritirando di persona

b) con spedizione tramite posta raccomandata A/R all'indirizzo

.....
.....

**SOLLEVO LA VS. UNITÀ OPERATIVA DA OGNI RESPONSABILITÀ IN CASO DI
SMARRIMENTO E/O ERRONEA CONSEGNA**

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA PAZIENTE

.....

ALLEGARE FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DELLA CARTA DI IDENTITA'