

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p> <p>CHIRURGIA GENERALE</p> <p>Prof. B. Cola</p> <p>www.chirurgiacola.it chirurg.cola@aosp.bo.it</p>	<p>REPORT di SERVIZIO</p> <p>Modulo per il ritiro dei referti istologici</p>	<p>R01/IOS47</p> <p>REV 3</p> <p>Pag: 1/1</p> <p>15/01/08</p>
--	--	---

Gentile Signor/a,

il referto dell'esame istologico da Lei eseguito il ____/____/____ potrà essere ritirato dal giorno ____/____/____ durante gli orari di servizio, **previa conferma telefonica**, presso:

- Segreteria (Pad. 5-Nuove Patologie, 3° piano, tel. 051/6363269), dal Lu al Ve dalle 10,00 alle 12,30
- Ambulatorio Divisionale (Pad. 5-Nuove Patologie, piano terra, ambulatorio n° 6, tel. 051/6363060), dal Lu al Ve dalle 8,30 alle 12,30
- Ambulatorio Proctologico (Pad. 5-Nuove Patologie, piano seminterrato, stanza n°71, tel. 051/6364258), Lu e Me dalle 14,30 alle 17,00, Ma e Gio dalle 8,30 alle 12,30

In caso di mancato ritiro del referto entro 30 giorni, Le verrà addebitato l'intero costo della prestazione stessa (Legge n. 407 del 29-12-90 art. 5).

IL RITIRO DOVRA' ESSERE EFFETTUATO DALL'INTERESSATO O DA PERSONA VALIDAMENTE DELEGATA DA ESSA AI SENSI DELLA LEGGE 30.6.03 N. 196 "TUTELA DELLE PERSONE....., UTILIZZANDO IL SEGUENTE MODULO:

<u>MODULO DI DELEGA</u>	
IL/LA	
SOTTOSCRITTO/A _____	
NATO/A A _____	IL _____
RESIDENTE A _____	IN VIA/PIAZZA _____
DOCUMENTO N. _____	RILASCIATO IL _____
<u>DELEGA</u>	
IL/LA SIG./RA _____	
AL RITIRO DEL REFERTO ISTOLOGICO RELATIVO ALL'INDAGINE/INTERVENTO ESEGUITO C/O IL VOSTRO SERVIZIO.	
DELEGATO _____	DOCUMENTO N° _____
FIRMA _____	DATA _____
<p>N.B. LA PERSONA DELEGATA AL RITIRO DOVRA' PRESENTARSI MUNITA DI UN PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NONCHE' DI FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGANTE.</p>	