

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico</p>	RICHIESTA PREPARATI ISTO / CITOPATOLOGICI	R18/PA36 Rev.1 Pag. 1/3 Data di appl. 29.01.2025
--	--	--

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

indirizzo di residenza/domicilio: _____ cap. _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

Tipo e numero documento _____ rilasciato da _____

in data _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, in qualità di (barrare la voce di interesse)

- diretto interessato, se maggiorenne
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (*)
- tutore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (*)
- coniuge o figlio o, in mancanza di questi, parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado del soggetto di seguito identificato (*), il quale risulta temporaneamente impedito alla sottoscrizione della presente istanza per le seguenti ragioni connesse allo stato di salute (ex art. 4, comma 2 D.P.R. 445/2000): _____
- legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura, del soggetto di seguito identificato (*)

(*) **nome e cognome del/la paziente** _____
nato/a il _____ **a** _____

chiede

i preparati relativi al caso N. _____

- vetri istologici (n. _____) _____
- vetri citologici (n. _____) _____
- n° _____ sezioni non colorate adese per immunohistochimica (n. _____)
- inclusioni in paraffina (n. _____) relativi a / contrassegnati come _____ eseguiti da codesta U.O. accompagnati dal relativo referto per sottoporli a consulenza
- Partecipazione a studio clinico** _____

** Specificare solo nel caso la richiesta di preparati sia nell'ambito di studio clinico

si impegna a

- a custodirlo diligentemente
- RESTITUIRE il materiale stesso entro 6 mesi dalla data di rilascio
- esonerare l'Anatomia Patologia da qualsiasi responsabilità di custodia circa l'eventuale esaurimento o indisponibilità successiva del materiale

dichiarando di voler ricevere quanto richiesto in una delle seguenti modalità:

- ritiro presso l'Unità Operativa
- a proprie spese a mezzo corriere (in ipotesi di invio tramite un corriere privato la spedizione sarà effettuata con spese a carico del destinatario).

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico</p>	RICHIESTA PREPARATI ISTO / CITOPATOLOGICI	R18/PA36 Rev.1 Pag. 2/3 Data di appl. 29.01.2025
---	--	--

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DELEGA :						
delegando						
il/la sig./ra (c.d. delegato) _____						
nato/a il _____ a _____						
identificato/a	con	il	segunte	documento	di	riconoscimento

<input type="checkbox"/> alla presentazione della presente istanza e/o <input type="checkbox"/> al ritiro della documentazione richiesta						

Dichiara, infine,

- di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., sul trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- che i recapiti forniti e la modalità di consegna sopra indicate non comportano il rischio di conoscibilità da parte di soggetti non autorizzati, esonerando inoltre l'Azienda in caso di diffusione impropria o mancata e/o errata ricezione o smarrimento di quanto inviato.

Data _____ ✎ Firma del dichiarante _____

N.B. alla presente istanza deve essere allegata copia del documento di identità del soggetto dichiarante.

✎-----

RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELL'ISTANZA DA RILASCIARE AL/LA DICHIARANTE (da compilare a cura dell'U.O.)

Nome e Cognome del soggetto a cui si riferisce la documentazione richiesta: _____

Data _____ **Timbro dell'U.O.** _____

N.B. In caso di delega al ritiro occorre che il soggetto DELEGATO (munito di idoneo documento di riconoscimento) esibisca copia del documento di riconoscimento del/la DELEGANTE.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico</p>	<p>RICHIESTA PREPARATI ISTO / CITOPATOLOGICI</p>	<p>R18/PA36 Rev.1 Pag. 3/3 Data di appl. 29.01.2025</p>
---	---	--

PARTE RISERVATA ALL'ANATOMIA PATOLOGICA

NOME, COGNOME, QUALIFICA DEL DIPENDENTE ADDETTO

Luogo e data _____

Presa visione di quanto sopra, il Patologo che ha rivisto i preparati prima della consegna autorizza:

il prelevamento dei preparati contrassegnati con il numero _____

- vetri istologici (n. _____)
- vetri citologici (n. _____)
- n° _____ sezioni non colorate adese per immunoistochimica (n. _____)
- inclusioni in paraffina (n. _____) relativi a _____ / contrassegnati come _____

Data _____

Il Patologo (timbro e firma) _____