

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 curatore 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, per 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 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
- esonerare l'Anatomia Patologia dalla responsabilità di custodia
- RESTITUIRE il materiale stesso unitamente a copia del referto del consulente

**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).

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI **DELEGA**:

delegando

il/la sig./ra (c.d. delegato) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

identificata con il seguente documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

alla presentazione della presente istanza e/o  al ritiro della documentazione richiesta

Dichiara, infine,

- di essere stato informato, 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 allegato copia del documento di identità del soggetto dichiarante.

✂-----

**RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELL'ISTANZA DA RILASCIARE AL 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 DELEGANTE.

**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 immunohistochimica (n. \_\_\_\_\_)
- inclusioni in paraffina (n. \_\_\_\_\_) relativi a \_\_\_\_\_ / contrassegnati come \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Patologo (timbro e firma) \_\_\_\_\_