

	<b>Azienda Ospedaliera di Bologna</b>  <b>Policlinico S. Orsola - Malpighi</b>  U.O. Emolinfopatia - Pad 8 Via Massarenti 9- 40138 Bologna	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>  <b>PER LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE</b>  <b>MODULO RITIRO MATERIALE</b>	IOS15 RS06 Rev.05 Pagina 1/1

**COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

***RICHIEDE LA RESTITUZIONE DEL MATERIALE GIÀ ALLESTITO E REFERTO ISTOLOGICO***

**IL RITIRO AVVERRA' :**

**1) PERSONALMENTE** oppure

**2) MEDIANTE DELEGATO**

**a) Delega a persona:**

Sig./Sig.ra .....

nato/a a ..... il .....

**IL/LA DELEGATO/A DEVE PRESENTARSI MUNITO/A DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**

**b) Delega a corriere:**

**specificare il corriere** .....

**indicare indirizzo di consegna** .....

**ritiro presso** U.O. Emolinfopatia – Pad. 8 – piano seminterrato – Policlinico S.Orsola - Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna (lun-ven 8.30–13/14-16.00);

**LA CONSEGNA AVVERRA' SULLA BASE DEL NOMINATIVO DI CHI EFFETTUA LA PRESTAZIONE**

- **ALLEGARE FOTOCOPIA FRONTE-RETRO DELLA CARTA DI IDENTITA'/DOCUMENTO VALIDO DEL RICHIEDENTE**
- **RICHIESTA E GESTIONE DELLA SPEDIZIONE A CARICO DEL RICHIEDENTE**
- **IL FIRMATARIO SOLLEVA LA UNITÀ OPERATIVA DA OGNI RESPONSABILITÀ IN CASO DI SMARRIMENTO DEL MATERIALE DURANTE LA SPEDIZIONE E/O ERRONEO RECAPITO**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA

.....

informazioni: lunedì–venerdì h. 11.00-13.00, lunedì-giovedì 14.00-16.30; tel. 051 214 4674/3046 oppure per mail a [segreteria.emolinfopatia@aosp.bo.it](mailto:segreteria.emolinfopatia@aosp.bo.it)

STATO	DATA	FIRMA
Approvato	07 febbraio 2019	Elena Sabattini
Applicato dal 07 febbraio 2019		