



20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 02 23901 - Codice Fiscale 80018230153 - Partita IVA 04376350155

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DIAGNOSTICA E LABORATORIO  
S.C. Anatomia Patologica 1 e 2  
Segreteria Anatomia Patologica tel: 02/23902281 fax: 02/23902198  
e-mail: segreteria.anatomiapatologica@istitutotumori.mi.it

## RICHIESTA PREPARATI CITO-ISTOLOGICI

Il/la sottoscritto/a.....  
residente a ..... cap .....  
in via ..... tel .....  
cell ..... e-mail.....

In qualità di a) paziente  
b) legale rappresentante di (vedi riquadro)  
c) erede di (vedi riquadro)  
(solo se il richiedente è persona fisica diversa dal paziente)

cognome.....	nome.....
nato/a a .....	il.....
grado di parentela.....	

richiede che gli/le vengano consegnati i seguenti preparati

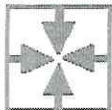
- istologici:** n. ....
- citologici:** n. ....
- sezioni in bianco:** n. ....
- inclusioni in paraffina:** n. ....

e relativa copia del referto n. .... del....., allestiti presso il Dipartimento di Patologia Diagnostica e Laboratorio della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, per essere sottoposti a consulenza presso.....

Si impegna a non utilizzare il materiale ricevuto per scopi diversi da quelli connessi con la consulenza di cui sopra, di conservarli con cura e di restituire tutti i preparati colorati e le eventuali inclusioni in paraffina

Richiede che la consegna avvenga mediante:

- ritiro personale
- ritiro da persona autorizzata mediante delega e fotocopia del documento di identità (cognome..... nome.....)



20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 02 23901 - Codice Fiscale 80018230153 - Partita IVA 04376350155

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DIAGNOSTICA E LABORATORIO

S.C. Anatomia Patologica 1 e 2

Segreteria Anatomia Patologica tel: 02/23902281 fax: 02/23902198

e-mail: segreteria.anatomiapatologica@istitutotumori.mi.it

a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno (a carico del destinatario) al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra Cognome ..... Nome.....

Via.....civico.....

Città.....Provincia.....CAP.....

Eventuali comunicazioni.....

Milano,

In fede, \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE

**Il paziente si assume tutte le responsabilità sull'eventuale danneggiamento, perdita o distruzione del materiale richiesto e solleva da ogni responsabilità il Dipartimento di Patologia Diagnostica e Laboratorio della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano**

In fede, \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE

Presenta  NO  SI richiesta a firma del/della Dr./Dr.ssa .....

di ..... (vedi allegato)

Data, .....

Materiale restituito il ..... con referto  SI  NO

**Ad uso interno:**

Richiesta n. ....del.....

Ricevuta da.....

Presa visione della richiesta sopra descritta, si autorizza la movimentazione dall'archivio del materiale richiesto contrassegnato dal numero istologico/citologico.....

Data, .....Il Direttore.....

**Dati anagrafici del paziente:**

Cognome.....Nome.....

nato/a il.....sesso: M  F

n. di cartella.....