



FONDAZIONE VILLA SALUS

della Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia

Ospedale Villa Salus - equiparato e accreditato con il SSN

Fondazione con personalità giuridica iscritta al nr. 992 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche

Via Terraglio 114,
30174 Venezia Mestre (VE)
Tel. 041 2906411 – Fax 041 2906710
P. IVA e C.F. 04549420273
Numero REA VE - 434003
www.ospedevillasalus.it

SERVIZIO DI LABORATORIO ANALISI

TEL. 041.2906434

E-mail: seg.laboratorio@ospedevillasalus.it

Data ____/____/____

Nome _____

Cognome _____

MODULO DI CONSEGNA MATERIALE ISTO/CITOPATOLOGICO PER CONSULENZA IN ALTRO ISTITUTO

Su richiesta dell'interessato o persona espressamente delegata, munita di documento d'identità, ai sensi del Reg.UE 2016/679 in materia di trattamento dei dati personali, si consegnano i seguenti preparati isto-citopatologici, con relativo referto, per consulenza presso altro Istituto.

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ nato/a a _____

Caso n.: _____

Medico richiedente _____

Istituto presso cui sarà effettuata la consulenza _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA – ANATOMIA PATOLOGICA (SYNLAB ITALIA SRL)

Richiesta ricevuta in data ____/____/____ dal **SYNLABITALIA SRL**.

Presa visione in quanto sopra autorizzo la consegna dei preparati contrassegnati con il numero:

_____ dall'archivio della **Struttura Complessa di Anatomia Patologica**.

N° vetrini colorati: _____

N° sezioni in bianco: _____

N° blocchetti: _____

Data ____/____/____

Il Responsabile _____

Da compilarsi in caso di consegna di materiale non ripetibile (inclusioni in paraffina, preparati citologici):

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ residente in _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

si assume la personale responsabilità del ritiro e della custodia del materiale sopra citato, dandone ampia e completa liberatoria all'Ospedale Villa Salus consegnante.

Firma dell'incaricato/a del ritiro _____