



RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO
Dati del paziente

Cognome: _____

Nome: _____

Via / Piazza: _____ N°: _____

Luogo: _____ Prov.: _____

Cap.: _____

N° Cellulare: _____

N° Telefonico: _____

Data dell'esame: _____ Data di Nascita: _____

Medico: _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI.

Dichiaro di conoscere le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art.7 D.lgs. 196/2003, e per il trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla copia della cartella clinica.

(Apporre una "X" ed una firma per la scelta)

Do il Consenso _____ Nego Il Consenso _____

Firma _____

Le richieste senza autorizzazione al trattamento dei propri dati personali non saranno prese in considerazione.

A tal fine si fa presente che richieste non complete dei dati soprattutto del numero telefonico e/o dell'indirizzo e-mail non saranno evase.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

AL RITIRO DELL'ESAME ISTOLOGICO

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'