**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allegare fotocopia di documento valido**

**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 (\*)

□ altro soggetto legittimato (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) Cognome e nome dell’utente titolare della documentazione sanitaria, se diverso dal richiedente**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia di documento valido sia del richiedente sia del titolare della documentazione richiesta.**

**CHIEDE IL RILASCIO**

□ di copia di SINGOLO referto ambulatoriale, relativo alla seguente prestazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di copia di Scheda ambulatoriale, relativo alla seguente prestazione :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di copia delle pellicole radiografiche/CD dell’esame effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di copia delle pellicole radiografiche/CD dell’esame **di approfondimento** effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di copia delle immagini ecografiche dell’esame effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di vetrino/i (originale) di materiale istologico e/o citologico effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* con il ritiro del vetrino/i richiesto/i e il rilascio della liberatoria la Struttura è sollevata da qualsiasi responsabilità inerente eventuali manipolazioni/detoriamenti del materiale

□ altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANDO**

□ di ritirare personalmente (con documento d’identità valido)

□ tramite persona delegata (con documento d’identità valido del delegato e del delegante)

Presidio di ritiro: □ Villa delle Rose □ Senologia Careggi

□ la propria volontà all’invio della documentazione, con spedizione postale R/R, a proprie spese, senza che questo comporti alcuna responsabilità della Struttura in caso di smarrimento dello stesso

(non è prevista la spedizione postale per il vetrino/i )

Nel caso di vetrino/i (originale) di materiale istologico e/o citologico il/la sottoscritto/a si impegna a restituire il preparato integro nel più breve tempo possibile e comunque solleva questa struttura da ogni responsabilità su eventuali manipolazioni o deterioramenti del vetrino nel periodo che è in suo possesso.

Il sottoscritto è altresì consapevole che il materiale citologico consegnato non sarà nel frattempo più disponibile nell'archivio di ISPRO per eventuali revisioni diagnostiche.

* Indirizzo di spedizione se diverso dalla residenza dichiarata:

Signore/ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Dichiara**, infine, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art 13 del Dlgs n. 196 del 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del ricevente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_