

Il/la sottoscritto/a

in qualità di medico curante nella seguente struttura  
sanitaria:

Recapito telefonico del richiedente per eventuali comunicazioni

Tel. n.

Cellulare

### Chiede in visione

I vetrini per il/la sottoscritto/a o per il Sig/Sig.ra.....

ricoverato/a presso l'Unità operativa di.....

Il/la Sottoscritto/a è informato/a che il/i vetrino/i in oggetto **non è/sono ripetibile/i e pertanto esistente/i in unico esemplare** e che lo smarrimento e/o la mancata riconsegna non permetterebbe l'esecuzione di ulteriori verifiche diagnostiche sullo stesso.

Il/la Sottoscritto/a ..... consapevole di quanto sopra dichiarato solleva l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea da qualunque responsabilità in caso di smarrimento e/o mancata riconsegna.

Data.....

Firma del richiedente .....

### Nulla osta della Direzione Sanitaria del richiedente

Data

Timbro e firma Direttore Sanitario

### INFORMAZIONI UTILI

La **richiesta** deve pervenire almeno 2 giorni prima:

- inviandola via fax al n.06-33775345
- oppure consegnandola a mano presso la UOD Citopatologia (2 piano seminterrato) dal Lunedì al Giovedì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 e il Venerdì e Sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00

Per concordare il giorno del ritiro e/o richiedere ulteriori informazioni telefonare al numero 06-33775305 negli orari sopra riportati

- In caso di ricerca mutazione del gene EGFR **allegare** consenso informato del paziente

*La modulistica è disponibile presso l'Ufficio Informazioni e sul sito [www.ospedalesantandrea.it](http://www.ospedalesantandrea.it)*