



### RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO

#### ANAGRAFICA PAZIENTE

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Luogo e Data di nascita** \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ **Indirizzo** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Notizie cliniche** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Materiale inviato** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data prelievo** \_\_\_\_\_

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura .

Firma paziente \_\_\_\_\_

**Firma/Timbro del medico** \_\_\_\_\_



### RICHIESTA ESAME ISTOLOGICO

#### ANAGRAFICA PAZIENTE

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Luogo e Data di nascita** \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ **Indirizzo** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Notizie cliniche** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Materiale inviato** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data prelievo** \_\_\_\_\_

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura .

Firma paziente \_\_\_\_\_

**Firma/Timbro del medico** \_\_\_\_\_