



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA

Dipartimento ad Attività Integrata di

MEDICINA DI LABORATORIO

Direttore: Prof. Romano Danesi

U.O. Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche

Direttore: Dr. Giovanni Pellegrini



**MODULO DI RACCOLTA DI DATI ANAGRAFICI DA ALLEGARE ALLA  
RICHIESTA DI ESAMI**

IL SOTTOSCRITTO COGNOME .....NOME.....

DATA DI NASCITA .....

COMUNE DI NASCITA .....

COMUNE DI RESIDENZA .....

TEL..... CELL .....

N.B. I numeri di telefono potranno essere utilizzati per poterla avvisare in caso di:

- VALORI CRITICI
- CAMPIONI BIOLOGICI o PRELIEVI DA RIPETERE

**CHIEDE CHE I REFERTI DEGLI ESAMI EFFETTUATI IN DATA ODIERNA:  
(selezionare con una X la scelta fatta)**

**VENGANO INVIATI PRESSO L' AMBULATORIO DI .....**

**VENGANO INVIATI A MEZZO SERVIZIO DI POSTE ITALIANE TRAMITE  
"SANITÀ VICINA" AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

VIA .....N°.....

CAP ..... CITTA' ..... PROV .....

**DI RITIRARLI PERSONALMENTE o TRAMITE DELEGA**

(in tal caso presentare allo sportello la **distinta completa in tutte le sue parti con lo spazio dedicato alla delega correttamente compilato, documento d'identità del delegante e documento d'identità del delegato**)

**DI VISUALIZZARLI TRAMITE APP "B CURE"**

**ATTENZIONE: gli esami dell' immunogenetica, del centro trasfusionale e dell'anatomia patologica non sono visibili su tale App**

Ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n.679/2016 e D.Lgs. n.196/2003, così come modificato dal D. lgs. 101/2018) la informiamo che per i trattamenti che sono essenziali per il raggiungimento di una o più finalità determinate ed esplicitamente connesse alla cura della salute, il consenso al trattamento dei suoi dati personali non è necessario. Informativa privacy completa sul sito web [www.ao-pisa.toscana.it](http://www.ao-pisa.toscana.it)

Data ..... Firma del paziente .....