

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI Medicina Radiodiagnostica Nucleare e di Laboratorio</p> <p>UO Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche Direttore Dott.ssa L. Malloggi</p>	<p><b>MODULO DI RACCOLTA DEI DATI ANAGRAFICI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA ESAMI</b></p>	 <p>DV05/P.O.02</p> <p>Rev 0</p>
---	---	--

**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

**PER I REFERTI:**

1.  **La regione Toscana rende disponibile la visualizzazione sul FSE (fascicolo sanitario elettronico)**
2.  **L'AOUP rende disponibile la visualizzazione sull'APP "BCURE" accedendo con SPID o apposite CREDENZIALI**

**INOLTRE E' POSSIBILE:**

(selezionare con una X la scelta fatta)

3.  **INVIARLI PRESSO L' AMBULATORIO  
DELL'Azienda Ospedaliera Pisana \_\_\_\_\_**

4.  **INVIARLI A MEZZO SERVIZIO DI POSTE ITALIANE TRAMITE  
"SANITÀ VICINA" AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

5.  **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**)

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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(File creato in data 29/03/2024)

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