

RICHIESTA TELEFONICA DEL _____/_____/_____

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____/ a _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

CHIEDO

L'invio di personale qualificato presso il mio domicilio per effettuare prelievo ematico.

DICHIARO

DI ESSERE IMPOSSIBILITATO A RECARMI PRESSO il vostro LABORATORIO con sede in Policastro Bussentino alla via Scazzaro, n° 1;

Altresì di essere in possesso di ricetta medica intestata a me medesimo/a o ricetta medica bianca.

Presa visione e lettura del Documento programmatico sulla sicurezza dei dati Art. del DLGS 196/2003 (ex legge 675/1996) il sottoscritto/a sopra indicato **AUTORIZZO** il LABORATORIO a trattare i miei dati personali ed i relativi quesiti diagnostici.

Il Sanitario accertata l'identità del paziente tramite:

- Carta d'identità n° _____ rilasciata dal Comune di _____ il _____
- Patente n° _____ rilasciata da MC.T.C. o Pref. _____ il _____
- Tessera Sanitaria n° _____
- Passaporto n° _____ rilasciato da _____ il _____

Firmato il modello dell'autorizzazione ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali (DLgs 196/2003 Privacy)

EFFETTUA PRESTAZIONE RICHIESTA

DATA ____/____/____

**FIRMA DEL PRELEVATORE
INF. PROF. E/O DR.**

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il trasporto verrà effettuato seguendo perfettamente le “Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e campioni diagnostici” fissati dal MINISTERO DELLA SALUTE con circolare dell’8 maggio 2003, punto 4 Trasporto Locale.

FIRMA DEL CONDUCENTE