



Al Responsabile del
Laboratorio di Citogenetica e Genetica Molecolare
c/o Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale
Viale Europa, 11
25123 BRESCIA

MODULO DI RICHIESTA DI DUPLICATO DI REFERTO da PRIVATO

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____

Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ N. _____

Documento tipo _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

In qualità di:

- Diretto interessato
- Delegato
- Genitore, Amministratore di sostegno, Tutore, Responsabile di struttura presso la quale l'interessato dimora, di:
(se l'interessato è: minore/incapace di agire/impossibilitato fisicamente/incapace di intendere e/o di volere)

Cognome _____ Nome: _____ nato il: _____

RITIRA IL DUPLICATO:

- di analisi di laboratorio effettuati in data ____ / ____ / ____ COD. _____
- di visita – consulenza genetica – effettuata in data ____ / ____ / ____ COD. _____
- altra documentazione (specificare) _____

Data ____ / ____ / ____

Firma per ritiro _____

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

Cognome e nome _____ Firma _____