



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 STRUTTURA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di _____ del REPARTO DI _____

A.O. _____

Chiede

DUPLICATO DEL REFERTO DI

- CARIOTIPO
- TEST MOLECOLARE PER _____
- CONSULENZA GENETICA

del Sig/Sig.ra _____ prelievo effettuato il _____

si richiede invio tramite fax al numero _____

Data ____ / ____ / ____ FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO

codice di riferimento ESAME _____

| | |
|-----------------|--|
| Spedito da | |
| Data spedizione | |
| Note | |