

REGIONE PUGLIA
A.S.L. - Foggia Poliambulatorio di Foggia Centro

SERVIZIO DI PATOLOGIA CLINICA
Laboratorio di Analisi Chimico -Cliniche e Microbiologia
Segreteria accettazione : 0881 / 884111

Scheda Accettazione e Ritiro Referto
(ai sensi del D.Lgs 196/03)

Accettazione **5** Data **20/12/2018**

Paziente

Data Nascita Sesso Codice Fiscale Numero Libretto

20/02/1941 M CODICEFISCALE

Provenienza: CUP FOGGIA

Note :

NOME COGNOME

VIA

71100 FOGGIA

Num.Telefono:

Imp. Cod.Exame Descrizione Esame Materiale

| | | | |
|---|------|--|--|
| 1 | PREL | PRELIEVO | |
| 1 | 201 | PT (Tempo di Protrombina) | |
| 1 | 202 | PTT (Tempo di Tromboplastina Parziale) | |
| 1 | 203 | FIBRINOGENO | |
| 1 | 35 | ESAME EMOCROMOCITOMETRICO | |

Data ritiro Referto:

Cod Portale:

113300018017965

I referti si ritirano tutti i giorni feriali (**Sabato escluso**), dalle ore **11:00** alle ore **12:30** e dalle ore **16:00** alle ore **17:00 (solo Lunedì e Giovedì)**, solo ed esclusivamente dall'interessato esibendo la presente distinta, accompagnata da documento di identità valido (salvo conoscenza diretta), o da persona delegata tramite la compilazione dell'apposito spazio riservato sulla presente scheda e fotocopia del documento di identità del titolare degli esami.

IL MANCATO RITIRO DEL REFERTO, TRASCORSI 30 GIORNI DALLA DATA DI DISPONIBILITA' SOPRAINDICATA, COMPORTA, AI SENSI DELLA LEGGE N. 296/2006 ART. 1, COMMA 796 LETTERA R, L'ADDEBITO, ANCHE PER GLI UTENTI TITOLARI DI ESENZIONE, DELL'INTERO COSTO DELLA PRESTAZIONE USUFRUITA, COSI' COME PREVISTO DAL NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE.

DELEGA AL RITIRO DEL REFERTO

Il/La sottoscritto/a NOME COGNOME

DELEGA il sig. latore della presente scheda al ritiro del referto relativo agli esami sopra elencati.

data firma