



Consultorio Familiare

CENTRO SERVIZIO FAMIGLIA

accred. da Regione Lombardia con Decreto della D.G.
Fam. Solidarietà e Volontariato n.8725 del 1/10/2013 e a
contratto con ATS Città Metropolitana di Milano
Via dei Caduti 10 – 20090 ASSAGO (Mi)
Tel. 02.45.700.030
Mail: consultorioassago@farefamiglia.org

NOTA E DELEGA RITIRO REFERTI

**MO 821.2
AS**

Revisione 2 del 2-2018

Il campione citologico o il tampone genito-urinario relativi al prelievo da Lei effettuato viene inviato ad un Laboratorio Esterno per l'analisi; il referto restituito dal Laboratorio viene visionato dalla Ginecologa che rilascia, quando necessario, eventuali prescrizioni terapeutiche. Nel caso di tampone genito-urinario positivo il Laboratorio procederà automaticamente ad eseguire l'antibiogramma. La ginecologa provvederà ad emettere relativa prescrizione ed il Consultorio alla consegna del referto chiederà il pagamento del ticket previsto.

Il referto è ritirabile di norma 15 giorni lavorativi dopo il prelievo. Il referto deve essere ritirato in quanto **il Consultorio non contatta per riferire sull'esito dell'esame.**

Il ritiro può essere effettuato senza preavviso nei giorni e orari sotto indicati:

DAL LUNEDI' AL VENERDI'

DALLE 9.00 ALLE 12.00 E DALLE 15.00 ALLE 18.00¹

Per ritiri in altri orari occorre accordarsi preventivamente con la Segreteria tel. **02.45.70.00.30**. Il ritiro può essere effettuato di persona oppure da un terzo usando la delega posta sul retro del presente modulo, comunque con esibizione di un documento di riconoscimento proprio e del delegante.

I referti devono essere ritirati entro il termine di 60 gg. dalla data del prelievo altrimenti vengono archiviati e per il ritiro occorre preavvisare la Segreteria e versare il corrispettivo di 5,00 Euro.

¹ Nelle settimane con festività limitrofe sono possibili variazioni degli orari. In questi casi si consiglia di telefonare anticipatamente

DELEGA/ATTESTAZIONE RITIRO REFERTI/DOCUMENTAZIONE

Io sottoscritto/a.....nato/a a

il e residente in.....

d e l e g o

il Signor/a.....nato/a a.....

il..... e residente in..... a

ritirare per mio conto referti di esami medici e/o documenti personali presso il **CENTRO SERVIZIO FAMIGLIA di Assago.**

In fede.

Data: Firma del delegante

N.B.: allegare copia del documento d'identità del delegante

Per attestazione avvenuto ritiro:

Data: Firma