



**Consultorio Familiare**

**CENTRO di ASSISTENZA alla 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 Repubblica 1 – BOLLATE (Mi)  
Tel. 02.35.90.525  
Mail: [consultoriobollate@farefamiglia.org](mailto:consultoriobollate@farefamiglia.org)

## **NOTA E DELEGA RITIRO REFERTI**

**MO 821  
BL**

Revisione 0 del 5-2016

Il campione citologico relativo 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.

Il referto è ritirabile di norma **15** giorni lavorativi dopo il prelievo.

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

**-LUNEDI' dalle 15.00 alle 18.00**

**-da MARTEDI' a GIOVEDI' dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 15.00 alle 18.00**

**-VENERDI' dalle 9.00 alle 12.00<sup>1</sup>**

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.

<sup>1</sup> 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 di Assistenza alla Famiglia di Bollate.**

In fede.

Data: ..... Firma del delegante .....

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

Per attestazione avvenuto ritiro:

Data: ..... Firma .....