

## PARTE RISERVATA AL PERSONALE SANITARIO

Il sottoscritto Sanitario dott. \_\_\_\_\_

incaricato di effettuare il prelievo ematico necessario per eseguire il test genetico richiesto, dichiara di aver personalmente controllato l'identità del/della paziente di seguito generalizzato/a:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Documento di identità: \_\_\_\_\_

Nr. Documento: \_\_\_\_\_

Data del prelievo \_\_\_\_\_

La procedura di controllo è stata la seguente:

- Scritto il nome della paziente che si sottopone al prelievo nelle provette fornite;
- Esaminato il documento di identità e trascritto i dati personali del documento sul presente modulo;
- Fatto firmare il presente modulo al paziente o al suo tutore legale
- Eseguito il prelievo alla paziente in data \_\_\_\_\_

**E' obbligatorio apporre l'etichetta con il nome del/della paziente sulla provetta**

Data: \_\_\_\_\_

-

Nome della società incaricata: \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'incaricato al prelievo: \_\_\_\_\_

Firma della paziente per verifica dati: \_\_\_\_\_

### Eurofins Genoma Group S.r.l a socio unico

Sede legale  
00138 Roma - Via di Castel Giubileo, 11  
C.F. e P.Iva: 05402921000  
REA: 883.955  
Iscr. Reg. Impr. 369761/1997

Laboratori e Studi Medici Roma  
00138 Roma - Via di Castel Giubileo, 11  
Tel. +39 06 881 1270 - Fax +39 06 6449 2025  
Web: www.laboratorigenoma.eu  
E-mail: info@laboratorigenoma.eu

Laboratori e Studi Medici Milano  
20161 Milano - Affori Centre, Via Enrico Cialdini, 16  
Tel. : + 39 02 3929 7626 - Fax : + 39 02 3929 76261  
Web: www.genomamilano.it  
E-mail info@genomamilano.it

