

**RICHIESTA VETRINI ISTOLOGICI
PER CONSULENZA PRESSO ALTRO ISTITUTO/STRUTTURA**

Il / la sottoscritto/a nato/a a
il...../...../..... e residente in via
n°....., documento di riconoscimento tipo n°

CHIEDE

il rilascio dei vetrini istologici riferiti a me medesimo/a ed eseguiti da codesta Struttura per sottoporli in visione all'Ospedale

Mi impegno con la presente a non utilizzare il materiale ricevuto in visione per scopi diversi da quelli connessi con la suddetta consulenza e a restituire lo stesso entro 30gg. dalla data di ricevimento.

DICHIARA

di sollevare e garantire da ogni e qualsivoglia responsabilità, azione o ragione che dovesse derivarVi o essere esperita nei Vs. confronti in relazione a quanto richiesto e consegnatomi.

Roma, / /

Firma
