AOU SASSARI DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	**PROCEDURA PER LA CONSEGNA DI "PRELIEVI PRONTI" PRESSO IL PUNTO DI ACCETTAZIONE DELLA S.C. PATOLOGIA CLINICA DELLA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI SASSARI** **MODULO 3** **OPERATORI GRUPPO A - GRUPPO B** Relativo al Regolamento approvato con Del. n. _____del _____	A.D. MDLXII **S.C. PATOLOGIA CLINICA** **Pag. 1/1**

DELEGA PER LA CONSEGNA DI CAMPIONI BIOLOGICI E/O RITIRO REFERTO DI ESAMI DI LABORATORIO

*Il/La sottoscritt_* ***PAZIENTE/UTENTE*** _____*nat_ a* _____
cognome e nome

il ___/___/____residente in _____*via* _____*Prov.* _____

documento di riconoscimento _____*n.* _____

rilasciato da _____*il ___/ ___/ _* **C.F.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

DELEGA

*il/la Sig/Sig.ra*_____*nat_* _____*il ___/___/____*
cognome e nome

residente in _____*via* _____*Prov.*_____

documento di riconoscimento _ _____*n.* _____

rilasciato da _____*in data* _____ **C.F.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ *familiare/altro delegato* ☐ *altro delegato*(specificare)* _____

* Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore/Genitore esercente la patria potestà

alla CONSEGNA DEI CAMPIONI BIOLOGICI
sangue ☐ ***urine*** ☐ ***feci*** ☐ ***altro*** _____

☐ Dichiara di aver letto e compreso l'Informativa Privacy ex art.13 del Regolamento (UE) 679/2016 resa al momento del prelievo (all.2)

Firma del paziente/utente_____

al RITIRO DEL REFERTO

☐ Dichiara di aver letto e compreso l'Informativa Privacy ex art.13 del Regolamento (UE) 679/2016 resa al momento del prelievo (all.2)

Firma del paziente/utente _____

N.B. : Il Delegato alla consegna deve presentarsi sempre con documento di identità personale e copia del documento di identità e della tessera sanitaria della persona prelevata

Dichiara di aver letto e compreso il Regolamento per la consegna dei Prelievi Pronti e l'Informativa Privacy ex art.13 del Regolamento (UE) 679/2016 resa al momento del prelievo

Sassari, ___/___/ _ ***Firma del delegato***_____

PARTE RISERVATA AL PRELEVATORE

Cognome e nome_____**nato a** _____**il** ___/___/___

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | ***Documento di riconoscimento*** ☐ ☐ **n°** ***rilasciato da*** ***il*** ___/___/___

DICHIARA di essere iscritto all'Ordine dei Medici ☐ all'OPI ☐ di _____ n° _____

IL PRELEVATORE DICHIARA DI ESSERE:

- **IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI E DI AGIRE NEI CONTESTI PREVISTI DALLE NORMATIVE VIGENTI**
- **RESPONSABILE DELLE FASI DI PRELIEVO, RACCOLTA E CONSERVAZIONE DEI CAMPIONI BIOLOGICI**

Sassari, __/__/___ FIRMA DEL PRELEVATORE _____

L'operatore che consegna i campioni biologici è responsabile della conservazione, trasporto e consegna dei medesimi.
L'operatore che preleva e quello che consegna i campioni biologici sono interamente responsabili della veridicità delle dichiarazioni rilasciate e della validità delle certificazioni presentate riguardo la conformità alle norme di legge della propria attività e condizione lavorativa.

Qualsiasi dichiarazione mendace, individuata dalle verifiche che l'AOU di Sassari si riserva di effettuare, comporterà segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

PARTE RISERVATA AL LABORATORIO PATOLOGIA CLINICA DELL'AOU DI SASSARI

Cognome e nome dell'operatore che accetta i campioni biologici

_____ firma _____

Campione/i ***CONFORME*** ☐ *Campione/i* ***NON CONFORME*** ☐

Sassari, ___/____/_____