



Regione del Veneto  
**Istituto Oncologico Veneto**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
**UOC Anatomia e Istologia Patologica sede di Castelfranco Veneto**  
Direttore Dott.ssa Ivana Cataldo  
Segreteria 0423 732275



## RICHIESTA DA PARTE DEL **PAZIENTE** DI **REVISIONE**

SU PREPARATI ISTOLOGICI/CITOLOGICI ALLESTITI IN ALTRA SEDE

### **Il sottoscritto:**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail (**MAIUSCOLO**) \_\_\_\_\_

richiede la revisione presso l'Anatomia e Istologia Patologica IOV sede di Castelfranco Veneto, dei propri preparati istologici/citologici allestiti presso la sede di:

\_\_\_\_\_

L'importo della prestazione può variare in base all'approfondimento diagnostico.

### **Documentazione da allegare:**

- Copia del referto originale
- Documento d'identità valido

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_