



**Consulenze  
Diagnostiche  
Cito-istologiche**

**Sede operativa: via Marco Polo 31 - 20831 Seregno (MB)**  
 Segreteria: tel +39 331 49 61 808  
 email: cdc.segreteria@cdclab.it  
 Direttore Responsabile: dott. Stefano Crippa

campione n°


MEDICO RICHIEDENTE\*

CENTRO RICHIEDENTE\*

**RICHIESTA ESAME CITOLOGICO**

**PAZIENTE** (\* campi obbligatori)

Cognome*	<input type="text"/>	Nome*	<input type="text"/>
Data di nascita*	<input type="text"/>	Codice Fiscale*	<input type="text"/>
Telefono*	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

**CAMPIONE INVIATO**

<input type="checkbox"/> a URINE per ricerca CTM	<input type="text" value="I campione"/>	<input type="text" value="II campione"/>	<input type="text" value="III campione"/>
<input type="checkbox"/> b ESPETTORATO per ricerca CTM	<input type="text" value="I campione"/>	<input type="text" value="II campione"/>	<input type="text" value="III campione"/>
<input type="checkbox"/> c AGOASPIRATO > specificare sede prelievo.....	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> d SECRETO MAMMELLA > specificare sede prelievo.....	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> e ALTRO > specificare sede prelievo.....	<input type="text"/>		

**DIAGNOSI/NOTIZIE CLINICHE**

spazio riservato al Patologo

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI - DEL REGOLAMENTO UE GDPR N. 679/2016

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato e presta il proprio consenso relativamente a:

1. Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connessi con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
2. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratori analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private, Autorità Pubbliche etc) o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati;
3. Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la limitazione nell'utilizzo, la portabilità, il diritto di reclamo all'Autorità Garante nonché la revoca del consenso e che tali diritti possono essere esercitati inviando pec a **consulenzediagnostiche@legalmail.it**;
4. Il titolare del trattamento dei dati personali ed informazioni di contatto: **Consulenze Diagnostiche Citoistologiche Srl (p.iva: 07647500961), 20122 Milano, Via A. Lamarmora, 21;**

**PEC: consulenzediagnostiche@legalmail.it**

Esprimo pertanto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali e particolari ai fini delle predette finalità, modalità e comunicazione.

.....  
 FIRMA DEL PAZIENTE O CHI NE FA LE VECI  
 (se minore o incapace)

.....  
 DATA DI PRELIEVO

.....  
 FIRMA MEDICO