



Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ (____) in _____ n° _____
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle
leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

D I C H I A R A

- Di aver effettuato su prescrizione medica e previo consenso dell'avente diritto, in data odierna prelievo ematico al

Sig. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ (____) in _____ n° _____
telefono/cellulare _____

- Di essere in possesso dei titoli abilitanti per l'esecuzione dei prelievi ematici
- Di aver verificato l'identità dell'assistito (allegare copia del documento d'identità)
- Che lo stesso è stato effettuato in conformità con le disposizioni di legge

Luogo, _____

Firma dell'operatore
(per esteso e leggibile)

N.B. allegare fotocopia documento identità

Parte riservata all'assistito

I pazienti che effettuano prelievo domiciliare per il monitoraggio della terapia anticoagulante orale devono obbligatoriamente fornire informazioni cliniche compilando il questionario di raccolta anamnestica allegato.

Dichiaro di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, che i propri dati forniti all'atto della compilazione della presente richiesta saranno trattati in conformità alle normative legislative e regolamentari vigenti al fine esclusivo di espletare tutte le operazioni necessarie per la erogazione del servizio richiesto.

Firma dell'assistito
(per esteso e leggibile)