



Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza
U. O. C. Anatomia Patologica e Citodiagnostica
Direttore f.f. Dott.ssa Rosistella Chiacchio



Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera
"Ospedale S. Carlo"
POTENZA

Il sottoscritt _____, nato il _____

residente a _____ Via _____,

tel. _____, dichiaro/a di avere ricevuto le informazioni sulla
eventualità di un'ulteriore valutazione definitiva (test uCyt) su campione citologico
urina, con relativo approfondimento diagnostico e pagamento della prestazione.
Pertanto acconsento che questa venga effettuata qualora risultasse necessaria.

Il dichiarante

Potenza,
