

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|   <p>         Ospedale Maggiore di Lodi<br/>         Distretto e Plessi Lodegani<br/>         Regione Lombardia<br/>         ASST Lodi       </p> <p>         Piazza Ospitale 10- 26900 Lodi<br/>         Dipartimento Servizi Diagnostici       </p> | <p align="center"><b>MODULO</b></p> <p align="center"><b>PRELIEVI DOMICILIARI</b></p> <p align="center"><b>A PAGAMENTO</b></p> | Cod: Pr.43-Mod.2<br>Rev. 1       |
| <p align="center"><b>Laboratorio Analisi</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                | Data: 25-5-2017<br>Pagina 1 di 2 |

### VERIFICA IDENTITA' DELL'UTENTE

**Data del prelievo:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Cognome utente:** \_\_\_\_\_ **Nome utente:** \_\_\_\_\_  
**Nato a:** \_\_\_\_\_ **In data:** \_\_\_\_\_  
**Documento di identità:** \_\_\_\_\_  
**Il prelievo domiciliare è stato effettuato da:**  
**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_  
**Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_  
**In qualità di:**  
☐ **Libero professionista**  
☐ **Ente Erogatore di Assistenza Domiciliare Integrata di appartenenza:** \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 46 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000  
 dichiara sotto la propria personale responsabilità  
 che quanto riportato nel presente modulo è veritiero. Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 75 del suddetto D.P.R. della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE RILASCIATA DALL'UTENTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ presta il proprio consenso all'effettuazione del prelievo eseguito da \_\_\_\_\_, soggetto scelto liberamente dallo scrivente tra le figure professionali riconosciute idonee ad effettuare prelievi domiciliari a pagamento e iscritte nell'apposito Registro della ASST di Lodi.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_