

ATTIVITÀ/MOTIVAZIONE RICHIESTA ESAMI:

- LAVORATORI - MANSIONI A RISCHIO (*indicare se è dipendente dell'ASL: Sì No*)
- ACCERTAMENTI PER MOTIVI CLINICI
- ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI (ADOZIONE, AFFIDAMENTO, PORTO D'ARMI, ECC.)
- CONTROLLI AUTORITÀ GIUDIZIARIA (art. 186, 187 CdS)
- MEDICINA DEL LAVORO
- SICUREZZA ALIMENTARE
- ATTIVITÀ PRIVATA

NOTA: Per i campioni di pazienti provenienti dalle Case Circondariali, allegare copia del pagamento.

DATI PER LA FATTURAZIONE:

ASL Ser.D. Azienda Privato Altro _____

Indicare:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

P.IVA _____

C.FISCALE _____

Contatto amministrativo _____

DATI PER LA REFERTAZIONE:

I referti verranno inviati all'attenzione del richiedente.

Indicare l'indirizzo a cui inviare i referti, solo se diverso dal richiedente:

DATA RICHIESTA: ____/____/____

TIMBRO E FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

ORARI ACCETTAZIONE CAMPIONI E RITIRO REFERTI:

LUN – VEN 8.30-15.30

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare l'accettazione del CAD

tel. 011-90.22.401 fax 011-90.22.4261

e-mail: info@cadbertinaria.it – Regione Gonzole 10/1 – 10043 Orbassano – <https://cadbertinaria.it/>

Ulteriori indicazioni sulle modalità di esecuzione delle prestazioni, sull'accreditamento e sui metodi di prova accreditati, nonché informazioni sulla conservazione dei campioni e dei rapporti di prova, sono riportate sul sito del CAD. Tali informazioni costituiscono parte integrante e sostanziale del presente accordo; la firma in calce implica la presa visione e l'accettazione di quanto ivi riportato.