

	U.O.C. MEDICINA DI LABORATORIO	MOD. D1/D2 CDT
		Rev. 0 del 23.04.2025
MODULO RICONOSCIMENTO PAZIENTE PER LA DETERMINAZIONE DELLA CDT SIERICA		

Gent.le Sig./Sig.ra,

La informiamo che è necessaria la consegna di un documento identificativo con foto al momento del prelievo per la misura della CDT sierica (transferrina carboidrato-carente).

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a.....**a**.....**il**.....

residente a in via

Documento Identificativo:

 r *Patente* r *Numero* r *rilasciata*

 r *Carta ID.* r *Numero* r *rilasciata*

Firma leggibile del operatore sanitario

L'operatore sanitario che ha identificato il paziente
