



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIA
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
P. Iva e C.F.02570930848

ALLEGATO 5

MODULO BOX: Trasporto Campioni

P.O. / D.S.B. _____

Al Servizio di Anatomia Patologica di: _____

Total BOX Contenitore Terziario CONSEGNATI	

Codice BOX	Codice BOX	Codice BOX

Luogo _____ data ____/____/_____	
OPERATORE CHE CONSEGNA: <hr/> MATRICOLA <hr/> FIRMA	OPERATORE CHE RITIRA: <hr/> MATRICOLA <hr/> FIRMA