



MODULO BOX: Trasporto Campioni

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

Al Servizio di Anatomia Patologica di: _____

Totale BOX Contenitore Terziario CONSEGNATI

Codice BOX	Codice BOX	Codice BOX

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