



COMUNE DI VILLA SANTANGELO

Test sierologici ed antigenici

Persona da testare

Cognome e nome _____ Genere M F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale (in stampatello) _____

Comune di residenza _____

Indirizzo _____

Numero cellulare _____

Indirizzo e-mail (in stampatello) _____

Nome del medico di Medicina Generale _____

In qualità di

- Diretto/a interessato/a
 Genitore o tutore legale

Nome e cognome _____
Data di nascita _____ in/a _____

Curatore
Nome e cognome _____
Data di nascita _____ in/a _____

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Data e luogo _____ Firma: _____

Manifesto la volontà di aderire allo screening Comunale, all'esecuzione test sierologici ed antigenici per rilevare gli anticorpi anti SARS-CoV2

Firma: _____

Esprimo il mio consenso alla comunicazione del referto tramite indirizzo di posta elettronica sopra indicato o tramite sistemi di refertazione on-line

Firma: _____