



Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____,

il ____/____/____ residente in _____ via _____

tel. _____

Richiedo in autonomia:

PAZIENTE VACCINATO

Anticorpi neutralizzanti anti SARS-CoV2 IgG

PAZIENTE NON VACCINATO

Anticorpi anti SARS-CoV2 IgG e IgM

in qualità di:

ME STESSO

GENITORE

TUTORE

DATI DEL MINORE

COGNOME e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ via _____

DICHIARO

di aver letto, compreso e ricevuto le informazioni necessarie sull'analisi, ed acconsento alla trasmissione degli esiti all'autorità sanitaria competente per territorio, in esecuzione a quanto disposto dalle determinazioni n.8893/2020 – 350/2020 e 475/2020 emesse dalla Regione Emilia/Romagna, ai sensi degli artt.6 e 9 del regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 e di impegnarmi a rispettare le misure previste in caso di positività, nel pieno rispetto delle vigenti normative in materia di protezione dei dati personali (reg.to UE 2016/679 – D.Lgs. 196/03 mod. D.Lgs.101/2018).

E pertanto,

ACCONSENTO all'esecuzione del test sierologico Covid-19;

NON ACCONSENTO all'esecuzione del test sierologico Covid-19;

Ferrara, _____

Firma (leggibile)

Via G. Verga, 4 44100 FERRARA Tel. 0532/977146 Fax 0532/970322

P.IVA 01380780385 C.S. 10920,00 i.v.

e-mail: info@diagnosticapasteur.it

Sito Web: www.diagnosticapasteur.it

Social:  