

Io sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ e residente a _____ con codice fiscale (*) e reperibile al
seguente recapito telefonico diretto (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SOPRA RIPORTATA

FIRMA LEGGIBILE _____

**E ALTRESI' ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATA, ALLA LUCE DI QUANTO SOPRA
ESPOSTO, A SOTTOPORMI ALLA RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 (ANTI-S1 E S2) IGG , RICERCA IGG
CON METODICA CLIA**

FIRMA LEGGIBILE _____

**PRESTO ALTRESI' L'ASSENSO ALL'UTILIZZO DEI MIEI DATI PERSONALI SOPRA RIPORTATI PER PER OGNI
FINALITÀ CONNESSA ALL'ESECUZIONE DEL TEST IN OGGETTO E AGLI ESITI CONSEGUENTI NEL RISPETTO
DELLE DISPOSIZIONI NAZIONALI ED EUROPEE VIGENTI COME EMENDATE PER LE ESCLUSIVE NECESSITA' DI
AFFRONTO DELL'EMERGENZA COVID-19**

FIRMA LEGGIBILE _____

LUOGO _____

DATA _____