

Diagnostic Center Srl

Laboratorio di Analisi Cliniche

Via San Giacomo dei Capri 38, 80128 Napoli

Tel: 081.24.11.945 – Mail: diagnosticcenter@libero.it

C.F. P.IVA: 07764700634

Laboratorio Affiliato L.I.R. (Laboratori Italiani Riuniti)

Consenso all'esecuzione del TEST

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ Codice Fiscale _____

Residente in _____ via/numero _____

Telefono _____ email _____

In qualità di **Interessato** (indicare con una X se si è la persona interessata al TEST)

DICHIARO

Di aver ricevuto, da parte della struttura competente, l'informativa (anche presente sul sito web alla pagina <http://diagnostic-center.net/wp-content/uploads/2020/10/federlab.pdf>) con particolare riferimento ai comportamenti da adottare in caso di esito positivo del TEST, e

Acconsento

Non Acconsento

All'esecuzione del seguente esame (indicare con una X):

Test sierologico ricerca degli anticorpi IgM – IgM SARS-CoV-2

Test molecolare SARS-CoV-2

Medico Curante _____ Telefono _____

Email _____ ASL e Distretto _____

Firma dell'interessato _____

In qualità di **Tutore** (indicare con una X se si è il tutore della persona interessata al TEST)

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____

Il _____, Codice Fiscale _____

Firma del Tutore _____

Firma leggibile dell'operatore
