

TEST SIEROLOGICI RICERCA ANTICORPI COVID_19

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il _____

residente a Stazzano in Via _____

Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____

Nome del Medico di famiglia _____

recapito telefonico del Medico _____

Autorizzo il Comune di Stazzano e il Laboratorio Analisi “Santa Maria” al trattamento dei dati personali per le finalità in questione.

Stazzano, _____

Firma
