



**DIPARTIMENTO AREA DIAGNOSTICA-PATOLOGICO-CLINICA
S.C. LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA**

Direttore: Dott. Domenico Cosseddu

Largo Turati, 62 – 10128 Torino Telefono: 011/508.2375 Fax: 011/508.2668 e-mail labanalisi@mauriziano.it

Consenso informato per esecuzione di ricerca RNA SARS – COV2

Nominativo

Luogo e data di nascita

Residenza

Telefono Cellulare

**Io sottoscritto/a eseguendo l'esame di ricerca RNA SARS-COV2,
CONSENTO l'inserimento dei miei dati anagrafici e del risultato del
test in oggetto sul portale regionale dedicato al CoViD**

Autocertificazione per esecuzione del test

Motivo della richiesta

**Inserimento in struttura (specificare quale
.....)**

Viaggio (allegare documento di viaggio)

Richiesta motivata del Medico (da allegare)

Data

Firma leggibile

.....