



PROCEDURA AZIENDALE  
" PER LA MAPPATURA DI SIEROPREVALENZA Ig G ( SARS-CoV-2)"

Procedura n. 7/2020  
Rev. n° 00  
13 maggio 2020  
Pagina 9 di 11

Allegato 2

**Dati da compilare in DUPLICE COPIA per invio campione test sierologici Operatori Sanitari**

SCRIVERE IN STAMPATELLO e compilare obbligatoriamente tutti i campi

Polo Ospedaliero \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Reparto/Servizio \_\_\_\_\_

Operatore dipendente ASL Interno

Operatore NON dipendente ASL Esterno

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Sesso M  F

Codice fiscale

Nato a \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Data di nascita

Telefono di reparto/servizio \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Prelievo eseguito il

Il mio medico di famiglia è: \_\_\_\_\_