

# EMERGENZA COVID 19

## ADESIONE VOLONTARIA CAMPAGNA SCREENING SIEROLOGICO

---

### *CATEGORIE A RISCHIO*

*Delibera G.C. n. 127 del 28/08/202*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter effettuare lo screening sierologico organizzato dal Comune di Berchidda nella data e nell'orario che mi saranno comunicati dagli uffici competenti e dichiara di effettuare la registrazione al portale web <https://theisolution.it/prevenzione> secondo le modalità indicate dalla guida.

Che il costo dello screening verrà interamente coperto dal Comune di Berchidda in quanto appartenente ad una categoria più a rischio.

Dichiaro di dare il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili nel rispetto del D. Lgs 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del regolamento UE 679/2016, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_