Al Dirigente dell’IIS Machiavelli di Firenze

**Oggetto: RICHIESTA ESECUZIONE TEST SIEROLOGICO COVID-19**

Il/La Sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………………………………

nato/a a …………………………………………………………………………………… il ……………………………………………………………

C.F.:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

residente in ……………………………………………………………………………….. città …………………………….. prov. ……………...

tel. /cell. ……………………………………………………..

dipendente dell’IIS Machiavelli di Firenze, in servizio presso la sede di via Santo Spirito, 39 e/o Piazza Frescobaldi di Firenze con la qualifica di:

....................………………………………………………………..………………

**C H I E D E**

l’esecuzione dell’esame Coronavirus – SARS- Cov-2 IgG e IgM, acconsentendo alla trasmissione degli esiti alle autorità a fini epidemiologici (ove previsto), nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di privacy (GDPR 679/2016)

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_