

Il sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

telefono _____

in relazione all'esecuzione di tampone rinofaringeo che dovrò eseguire ai sensi dell'ordinanza del Ministero della Salute del 12 agosto 2020

DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'Istituto Clinico Humanitas è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale e che quindi è possibile ottenere tale prestazione senza oneri a mio carico
- di scegliere liberamente l'esecuzione della prestazione in regime privatistico

Data: _____

Firma: _____