



**ORDINE DEGLI AVVOCATI DI PESCARA**

**RICHIESTA DI APPUNTAMENTO PER TEST SIEROLOGICO**  
(da inviare a mezzo e-mail a: [segreteria@ordineavvocatipescara.it](mailto:segreteria@ordineavvocatipescara.it))

Avv./Dott. COGNOME NOME \_\_\_\_\_

Iscritt\_\_ al Foro di Pescara dal \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**EVENTUALI FAMILIARI** (*indicare grado di parentela*) \_\_\_\_\_

---

**DATA PRESELTA:** \_\_\_\_\_

(DATE ATTUALMENTE DISPONIBILI:  
15-16-17 ottobre ore 7.30-11 presso Laboratorio Analisi Cliniche Carboni  
19 e 22 ottobre ore 9-11 presso i locali dell'Ordine)

**SI RICORDA DI PRESENTARSI MUNITI DI TESSERA SANITARIA**

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

*Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ed all'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai soli fini della domanda di appuntamento per quanto richiesto.*

Data,

FIRMA

\_\_\_\_\_