Dichiarazione di consenso

Con la presente acconsento che ai fini della misurazione di possibili anticorpi contro gli allergeni mi venga prelevato un campione di sangue dal polpastrello.

Prendo atto che i valori misurati possono essere raccolti e valutati a fini scientifici. Mi viene garantito che i valori di misurazione e le valutazioni rilevati non consentono di risalire a me in quanto individuo.

I valori misurati non sono vincolanti, né sostituiscono la visita medica.

Cognome _____ Nome _____

Data _____ Firma _____

Firma del detentore dell'autorità parentale per i minori di 18 anni.

Il presente modulo viene conservato in farmacia.

Allergiezentrum Schweiz
Centre d'Allergie Suisse
Centro Allergie Svizzera