

Staff Direzione Generale**S.S.D. Medicina Preventiva - Medico Competente****E-mail :medico.competente@asl4.liguria.it Tel.0185-329355 Fax : 0185-329453****Responsabile del Procedimento: Dott. Raffaele Aloï**

DATA ____/____/____

SI RICHIEDE:

**TEST QUANTIFERON**

Per il dipendente, sig. _____

Nato il ____/____/____ U.O. _____

Mansione _____

FAC SIMILE**NOTE:** RECENTE CONTATTO CON PAZIENTE TBC CONTAGIOSO – PREGRESSA POSITIVITA' AL TEST INTRADERMICO SECONDO MANTOUX

Per presa visione ed accettazione:

(Accertamenti ESENTI TICKET, effettuati ai sensi dell'art. 41 Decr. Lgs. 81/2008)
Il Responsabile
S.S.D. Medico Competente
Dott. Raffaele Aloï