

RICHIESTA DOSAGGIO DELLA COTININA

Campione :

- URINE**
- SIERO**

Io sottoscritto/a

Nato/a il **a**

Residente in **a**

Codice Fiscale

NEL RICHIEDERE L'ESECUZIONE DELL'ESAME COTININA, DICHIARO:

DI NON ESSERE FUMATORE

DI ESSERE STATO FUMATORE di

- ? **SIGARETTE n°** **AL GIORNO PER ANNI****DAL**.....**AL**.....
- ? **SIGARI n°** **AL GIORNO PER ANNI****DAL**.....**AL**.....
- ? **PIPA n°** **AL GIORNO PER ANNI****DAL**.....**AL**.....

DI ESSERE FUMATORE di

- ? **SIGARETTE n°** **AL GIORNO PER ANNI****DAL**.....**AL**.....
- ? **SIGARI n°** **AL GIORNO PER ANNI****DAL**.....**AL**.....
- ? **PIPA n°** **AL GIORNO PER ANNI****DAL**.....**AL**.....

DI ESSERE AFFETTO DA
(indicare patologia)

DATA.....

FIRMA.....

I dati personali del paziente in rispetto delle Leggi riguardanti la privacy saranno utilizzati al solo scopo dell'esecuzione della prestazione sanitaria.