

MODULO ACCETTAZIONE PER TAMPONE COVID-19

Codice Fiscale	
Nome	
Cognome	
Data di Nascita	
Luogo di Nascita	
Comune di Residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono	
E-mail	
Patologie	
Motivo della richiesta	
Sintomatologia al momento del prelievo	
Data di comparsa dei sintomi	

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

in qualità di interessato

in qualità di genitore tutore amministratore di sostegno altro _____

di _____,

dichiara di aver preso visione del documento contenente le Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi della normativa comunitaria (Regolamento UE 2016/679) e della normativa nazionale vigente in materia e conferma la piena conoscenza delle indicazioni quivi contenute.

Nella consapevolezza che il proprio consenso è puramente facoltativo oltre che revocabile in qualsiasi momento,

Presta il consenso Nega il consenso
alla comunicazione dei referti a mezzo e-mail

Data: ___/___/_____

Firma
