

MODULO ACCETTAZIONE PER TAMPONE COVID-19

Codice Fiscale	
Nome	
Cognome	
Data di Nascita	
Luogo di Nascita	
Comune di Residenza	
Indirizzo	
Professione	
Telefono	
E-mail	
Motivo della richiesta	
Patologie	
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

Firma

Il sottoscritto _____ dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.P.R. n° 445/2000, di richiedere, a proprie spese, l'esecuzione del test molecolare finalizzato alla ricerca del Covid-19 su tampone naso-faringeo per uno dei seguenti motivi:

- Motivi di lavoro
- Motivi di viaggio
- Per richieste non correlate ad esigenze cliniche o di salute pubblica già disciplinate dai provvedimenti nazionali e regionali

Firma

Data: ___/___/_____
