MED Alberto Mario
Poliambulatorio
Via Alberto Mario, 6
20149 Milano

Tel. 02 49670432
am@medicinaediagnostica.it

MODULO CONSENSO TEST RAPIDI
Per nuovo Coronavirus 2019 (SARS-CoV-2)

Io sottoscritto/a_____

Nato/a il_____/_____/_____a_____

Prov. (__) Codice Fiscale _____

Residente in_____Prov. (___) CAP _____

Via / Piazza_____

Tel._____E-mail_____

DICHIARO

di aver letto e compreso il presente modulo di consenso, nonché dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di volersi sottoporre volontariamente all'esecuzione del test rapido

PRESTO IL CONSENSO

- All'esecuzione del test accettandone i relativi limiti intrinseci al test.
- Autorizzo espressamente MED Medicina e Diagnostica Srl, C.F. e P.IVA 06578190966, con sede legale in Via Pietro Paleocapa n. 1, 20121 Milano (MI), in persona del consigliere e legale rappresentante, Sig. Roberto Mercandalli, C.F. MRCRRT81C08F205V al trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge compreso quanto sopra descritto rispetto alle modalità operative di fornitura del servizio stesso e sono consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà "categorie particolari di dati personali" di cui all'art.9 Reg. UE n. 2016/679 vale a dire i dati "relativi alla salute";
- Esprimo la mia adesione informata, alla luce di quanto sopra esposto, ad effettuazione di test rapido per la sorveglianza Covid-19 e alle conseguenti procedure in caso di esito positivo, negativo, dubbio, invalido.

Data_____/_____/_____

_____

Firma del Dichiarante