Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.
Laboratorio di Analisi Cliniche
Sede Legale: Via Giovanni Battista Morgagni, 28 - 20129 MILANO (MI)
Sedi Operative: Via Filettine, 87 - 84016 PAGANI (SA) | Via Madonna di Fatima 21 - 84129 SALERNO (SA)
Tel. 081 191 438 23 - Email: amministrazione@lirspa.com **- CUSTOME SERVICE H24 – 02 20 400 943**
C.F. - P.IVA: 10811810968

CONSENSO AL TEST E AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____ _____,
nome / name cognome / surname

nato in_____, il_____, sesso _____,
luogo di nascita / birthplace data di nascita / birthdate sex

Codice fiscale: _____

Documento di riconoscimento / Identification (obbligatorio/compulsory):

□ Passaporto / Passport _____ _____
numero documento / passport scadenza /expiry date

□ Carta d'identità / Identity Card _____ _____
numero documento / id card scadenza / expiry date

In qualità di □ **INTERESSATO** □ **TUTORE** DI:

dati del minore: _____ _____,
nome / name cognome / surname

nato in_____, il_____, sesso _____,
luogo di nascita / birthplace data di nascita / birthdate sex

□ Passaporto / Passport _____ _____
numero documento / passport scadenza /expiry date

Carta d'identità / Identity Card _____ _____
numero documento / id card scadenza / expiry date

□ Codice fiscale: _____

Contatti / Contacts (obbligatorio/compulsory):

□ Cellulare / Mobile Phone _____

numero di telefono / cellular number

□ E-mail _____

e-mail

I dati sono obbligatori per il rilascio del green pass
Data are mandatory for the production of the green pass

Residenza / Residence (obbligatorio/compulsory):

□ Nazione / Country _____

□ Città / City _____

□ Indirizzo / Address _____

Nome operatore _____

ACCONSENTO

All'esecuzione del seguente esame (spuntare il tipo di test da effettuare):

□ Test molecolare SARS-CoV-2

□ Test antigenico rapido

□ Test sierologico ricerca degli anticorpi lgM - lgG SARS-CoV-2

PREMESSO

Che ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali esposta da Laboratori Italiani Riuniti S.p.A., e ho preso atto del contenuto della stessa;

che sono a conoscenza che i singoli consensi possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione al titolare del trattamento dei dati, senza compromettere la legalità del trattamento effettuato fino al momento della revoca;

Tanto premesso

CONSENTO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa visionata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.
Letto, confermato e sottoscritto

_____ _____ _____

luogo / place data / date firma / signature