

LABORATORI CLINICAL'S

VIA GIOVANNI XXIII, 84 – ALGHERO

Direttore Sanitario: Dott.ssa Irene Trova

CONSENSO INFORMATO PER RICERCA SARS-CoV-2

- Antigenico
- Molecolare
- Salivare

L'INTERESSATO/PAZIENTE

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

DOC. DI RICONOSCIMENTO _____

N. DOC. DI RICONOSCIMENTO _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

EMAIL _____

IL GENITORE/TUTORE

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ N° _____ CAP _____

Documento N° _____ rilasciato da _____, tel _____

e-mail _____

DICHIARA INOLTRE

di autorizzare i **Laboratori Clinical's** ad utilizzare i propri dati anagrafici, anamnestici e i risultati del test, qualora dovessero essere richiesti dalle autorità competenti, per scopi statistici e/o legati al contenimento della pandemia da COVID-19.

Che è consapevole che al di fuori del succitato caso, i propri dati saranno sempre trattati nel rispetto della normativa sulla privacy.

acconsento di essere sottoposto all'esecuzione del tampone rino-faringeo .

Luogo, Data

Firma
