

Si raccomanda di compilare il seguente modulo con TUTTI i dati richiesti

NOME E COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

NUMERO CELLULARE _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

CONSENSO INFORMATO ESECUZIONE TAMPONE ANTIGENICO

Il sottoscritto dichiara di:

- VOLER sottoporsi al test rapido per il rilevamento qualitativo dell'antigene SARS-Cov.-2 attraverso tampone nasofaringeo
- Di impegnarmi a comunicare al medico competente aziendale o medico di medicina generale l'eventuale esito positivo

FIRMA _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 23,26,76-82 del D.Lgs. 196/2003 e per gli effetti del GDPR UE 2016/679)

Il sottoscritto DICHIARA di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento a tutte le prestazioni da erogarsi da parte di OTI Services srl, di autorizzare il trattamento dei suoi dati personali nei limiti delle finalità indicate. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento del primo accesso presso la struttura di OTI Services srl e verrà ritenuto valido per tutti gli accessi successivi, anche se relativi a prestazioni diverse e/o erogate da professionisti diversi.

Il sottoscritto ACCONSENTE a ricevere la fattura della prestazione via mail.

FIRMA _____