



CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il ___/___/_____
codice fiscale _____

Indirizzo di residenza: _____
Città _____ CAP _____ Provincia (____)

in qualità di

ME STESSO GENITORE TUTORE

di (da compilare nel caso in cui il paziente sia minore o soggetto terzo)

nome e cognome _____,
nato/a a _____, il _____,
codice fiscale _____

DICHIARO di aver letto e compreso l'informativa e

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell'esame Coronavirus – SARS- Cov-2 IgG e IgM,

DICHIARO INOLTRE

Di non essere attualmente in quarantena o in isolamento fiduciario

Di non avere febbre superiore a 37,5° C

Di non avere sintomi influenzali o riconducibili a infezione da Covid-19 (febbre, stanchezza e tosse secca. Alcuni pazienti possono presentare indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea)

Di non aver avuto contatti stretti con un caso confermato o sospetto di Covid 19 negli ultimi quattordici giorni.

Allegati: Copia documento di identità

Data _____

Firma (Leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI Art.7 e 8 Reg.EU 2016/679 Dichiaro di aver ricevuto e compreso le informazioni contenute nell'informativa Regolamento (UE) 2016/679, presente anche sul sito www.soterikon.it e consapevole che il trattamento riguarderà in particolare i dati personali e sensibili, PRESTO libero, consapevole, informato e specifico CONSENSO al trattamento ,anche con strumenti informatici e/o elettronici, dei dati personali e sensibili limitatamente ai servizi richiesti e necessari a Soterikon srl.

Firma per ricevuta ed accettazione _____

