



Città
CASTROVILLARI

MODULO TAMPONE RAPIDO

Nome _____

Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Numero Telefono _____

Medico curante _____

Numero Tampone _____

Data esecuzione _____

Ora esecuzione _____

ESITO

Positivo

Negativo

Operatore

CONSENSO PER TRATTAMENTI DATI SENSIBILI

DICHIARO QUANTO SEGUE

Acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D.Igs 196/2003, e consapevole che il trattamento riguarderà miei dati personali definiti "sensibili" (art. 4, comma 1, lett. d, nonché art. 26 del Decreto citato), ovvero dati idonei a rivelare lo stato di salute, presto il mio consenso al trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma _____