**Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.**
**Laboratorio di Analisi Cliniche**
Sede Legale: MILANO 20129 MI - Via Giovanni Battista Morgagni, 28
Sedi Operative:
- PAGANI 84016 SA - Via Filettine, 87
- SALERNO 84129 SA - Via Madonna di Fatima 21

C.F. - P.IVA: 10811810968
Tel. 081 191 438 23 - Email: amministrazione@lirspa.com

LABORATORI ITALIANI RIUNITI
*Diamo valore all'esperienza*

# CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST

Io sottoscritto/a _____, nato in _____, il _____,

Codice fiscale _____,

Residente in _____via_____,

Tel _____ E-mail _____ in qualità di

□ INTERESSATO

□ TUTORE di _____, nato in _____, il _____,

Codice fiscale _____,

## DICHIARO

di aver ricevuto, l'informativa dal **Medico Sociale**, con particolare riferimento ai comportamenti da adottare in caso di positività, e

□ ACCONSENTO

□ NON ACCONSENTO

All'esecuzione del seguente esame:

□ Test sierologico ricerca degli anticorpi IgM – IgG SARS-CoV-2

□ Test molecolare SARS-CoV-2

□ Test antigenico rapido

_____, _____ _____
(Luogo) (Data) (Firma)

_____ _____
(Nome, Cognome Operatore) (Firma Operatore)

**Laboratori Italiani Riuniti S.p.A.**
**Laboratorio di Analisi Cliniche**
Sede Legale: MILANO 20129 MI - Via Giovanni Battista Morgagni, 28
Sedi Operative:
- PAGANI 84016 SA - Via Filettine, 87
- SALERNO 84129 SA - Via Madonna di Fatima 21

C.F. - P.IVA: 10811810968
Tel. 081 191 438 23 - Email: amministrazione@lirspa.com

LABORATORI ITALIANI RIUNITI
*Diamo valore all'esperienza*

## CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____ Codice fiscale: _____

E-mail: _____ Cell.: _____

□ TUTORE di

Dati Minore _____ Codice fiscale: _____

E-mail: _____ Cell.: _____

### PREMESSO

Che ho ricevuto, copia dell'informativa sul trattamento dei dati personali da parte del **Medico Sociale**, 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 allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.
Letto, confermato e sottoscritto

_____, _____ _____
(Luogo) (Data) (Firma)